

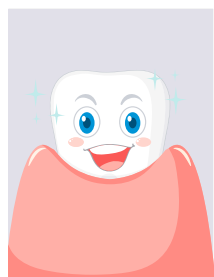
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper 

NEDERLANDSE EDITIE

nl.dental-tribune.com

Jaargang 15, nr. 6



STEMMING

Het merendeel van de tandartsen vindt dat gebitten niet perfect hoeven te zijn, zo blijkt uit onze poll.

Pagina 3



SPEEKSEL-ONDERZOEK

Kan reflux gebitslijtage veroorzaken? In Nijmegen zoeken ze antwoord op die vraag.

Pagina 11



TANDPROTHETIEK

ONT-voorzitter Marnix de Romph: "Tandprothetisch combineert technisch vakmanschap met zorgverlenerschap."

Pagina 13



CASUÏSTIEK

Glashybridesysteem voor directe restauraties.

Pagina 16

Massaal bezwaar tegen NZa-kostenonderzoek

UTRECHT – Ruim 4.600 tandartsen en orthodontisten onderschrijven de bezwaren van de KNMT tegen het door de NZa uitgevoerde kostenonderzoek in de mondzorg. De KNMT heeft hierover een gedetailleerd bezwaarschrift ingediend bij de NZa en heeft daarnaast de zaak voorgelegd aan de rechter.

De KNMT noemt in haar nieuwsbrief de vijf belangrijkste bezwaren tegen het kostenonderzoek. Ten eerste vindt de beroepsvereniging dat de NZa er ten onrechte van uitgaat dat tandartsen en orthodontisten in het tarief niet beloond moeten worden voor meer dan 36 uur per week werken. Zo wordt de hele sector gestraft. Bezwaarlijk vindt men ook dat tandartsen die minder dan 46 weken werken maar gemiddeld wel op of boven 36-urige werkweek uitkomen, door de NZa niet als fulltimer worden meegenomen in

de berekening van de tarieven.

Ten tweede telt de NZa telt in haar berekeningen de kosten van grotere praktijken zwaarder mee dan die van kleinere. Het gevolg is dat grote praktijken minder nadeel zullen hebben van een tariefdaling door de schaalvoordelen die ze hebben. Kleine praktijken ondervinden relatief meer nadeel van een tariefdaling. Een deel zal mogelijk niet langer kostendekkend kunnen werken en de praktijk moeten beëindigen. Vooral voor landelijke gebieden, waar veel kleinere praktijken zijn gevestigd, zal dat nadelig zijn en gaat dit direct ten koste van de toegankelijkheid van de mondzorg in de regio, aldus de KNMT.

Een derde bezwaar is dat de NZa de goodwill die een nieuwe eigenaar bij een praktijkoverdracht aan de oude betaalt niet meeweegt. Dat belemmert volgens de KNMT de overname van bestaande praktijken en kan leiden tot een lager zorgaanbod.

Ten vierde vindt de KNMT dat de NZa in de berekeningen te weinig rekening houdt met de kosten voor huisvesting, die de laatste jaren flink gestegen zijn. Dat maakt het voor startende tandart-

sen veel moeilijker om nieuwe praktijken te openen.

En tot slot bekritiseert de KNMT het rommelige verloop van de uitvoering van het onderzoek, de onderzoeksmethode en de krappe tijd die de NZa heeft genomen voor het onderzoek. In haar bezwaarschrift heeft de KNMT de bezwaren tegen het onderzoek uitgebreid onderbouwd. De verwachting is dat de bezwaarprocedure loopt tot eind van dit jaar. Als de bezwaren onvoldoende gehonoreerd worden, kan de KNMT in beroep gaan bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, dat dan een bindende uitspraak doet. Parallel aan het doorlopen van de bezwaar- en beroepsprocedure bij de NZa heeft de KNMT deze zaak ook voorgelegd aan de rechter. Het kan namelijk zo zijn dat de procedure bij de NZa en het College van Beroep pas in 2026 wordt afgerond en dat de nieuwe tarieven dan al in werking zijn getreden. De KNMT heeft de rechter daarom gevraagd de beoogde tarieven per 1 januari 2026 tot nader order op te schorten. De verwachting is dat



INTERVIEW

Johan Cossé (l) en Paul de Kok (r) van de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam bij 40 jaar:

"Interdisciplinair werken maakt ons bijzonder als verwijsp praktijk"

Lees verder op pagina 5

FOTO: KVPA

de rechter hierover in het najaar een uitspraak doet.

Met haar bezwaren tegen het kostenonderzoek staat de KNMT niet alleen. Andere beroepsgroepen hebben vergelijkbare kritiek op de kostenonderzoeken die de NZa in verschillende

zorgdisciplines uitvoert. Ook huisartsen en vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten zijn met hun bezwaren naar de rechter gestapt. ■

Bron: KNMT

Adviezen voor Stoptober

UTRECHT – In de maand oktober, waarin de landelijke campagne Stoptober loopt, kunnen mondzorgverleners patiënten – extra – helpen om met roken en vaperen te stoppen. Hier de drie adviezen die de KNMT geeft om dat te bevorderen.

Stoptober is voor zorgverleners een laagdrempelige manier om stoppen met roken en vaperen bij patiënten aan te kaarten en zo bij te dragen aan een betere mondgezondheid. De KNMT geeft hiervoor drie adviezen.

Met het 'Very Brief Advice +' (VBA+) kun je als mondzorgverlener in één minuut een snel stopadvies geven door naar de rookstatus te vragen. Rokers kun je dan een stopadvies geven en op een positieve en laagdrempelige manier vertellen dat stoppen met roken met professionele begeleiding een grotere slagingskans heeft. Vraag vervolgens of je de patiëntgegevens mag delen met een

stoppen-met-rokenbegeleider om een afspraak in te plannen. Op de www.lkstopnu.nl zijn begeleiders te vinden in heel Nederland.

In de tweede plaats kun je patiënten wijzen op Stoptober en op de voordelen van deelname: "U kunt zo 28 dagen uitproberen hoe het rookvrij zijn bevalt." "U stopt niet alleen, maar samen met meer dan 50.000 andere mensen." "Uit onderzoek blijkt dat 70 procent van de deelnemers Stoptober volhoudt en gedurende deze 4 weken niet rookt." Via www.stoptober.nl/organisaties zijn posters, flyers en andere promotiematerialen te vinden en downloaden.

En als derde kun je rokers compli-



Poster voor in de wachtkamer.

menteren als ze besluiten of overwegen mee te doen met Stoptober of een stoppoging doen. ■

Bron: KNMT

ADVERTENTIE



UW PARTNER VOOR VERBRUUKSMATERIALEN

- ✓ Voor 16:00uur besteld, morgen bezorgd.
- ✓ De juiste benodigdheden, altijd binnen handbereik.
- ✓ Wij staan altijd voor u klaar.
- ✓ Nog niet bekend met Corim Dental? Vraag een account aan!

onbezorgd werken

Lees meer



NIEUW

Biodentine™ XP

Ontdek de nieuwe manier om dentine restauraties efficiënt, gemakkelijk en met optimale remineralisatie uit te voeren.

- ▶ **Uniek bioactief bulk-fill materiaal** op basis van synthetisch tricalciumsilicaat voor optimale sealing
- ▶ **Hoge druksterkte** vergelijkbaar met dentine voor een **solide restauratie**
- ▶ **Anti-bacteriële** eigenschappen dankzij hoge pH-waarde

**Bio
Bulk-Fill
Procedure**



- 1 | All-in-one cartridges
- 2 | Perfecte mix & vloeibaarheid
- 3 | Directe toepassing

Ontdek de lanceringsactie

Vraag vrijblijvend een demo
Scan de QR-code hiernaast



Septodont NV-SA - Grondwetlaan 87 - 1083 Brussel - België

www.septodont.nl - www.biodentinexp.nl

How to take care of your teeth and gums

UTRECHT – Speciaal voor expats in Nederland heeft de KNMT de Engelstalige folder ‘How to take care of your teeth and gums’ uitgebracht, zodat informatie over mondverzorging in Nederland ook voor hen toegankelijk is.

In de folder wordt onder meer ingegaan op eten en drinken, tandenpoetsen, de mondverzorging bij kinderen en de kosten van de mondzorg. Het



gaat om een vertaling van de in makkelijk Nederlands geschreven folder ‘Hoe zorg je voor gezonde tanden en kiezen?’ De Engelstalige folder wordt vooral ingezet bij consultatiebureaus waar veel mensen komen die voor hun werk naar Nederland geëmigreerd zijn. Behalve voor expats is de folder ook geschikt voor vluchtelingen die het Engels beheersen. KNMT-leden kunnen via de KNMT gratis exemplaren bestellen van de folder om uit te reiken in de eigen praktijk. Ze kunnen patiënten voor de folder ook verwijzen naar www.allesoverhetgebit.nl/folder. ■

Bron: KNMT

Straattandarts 010

ROTTERDAM – In het boek *Straattandarts 010: Iedereen een glimlach* beschrijft Didi Landman haar ervaringen als Rotterdamse straattandarts.

In het Rotterdamse Erasmus Medisch Centrum behandelt Landman, die inmiddels bekendstaat als Straattandarts 010, elke donderdagmiddag dak- en thuisloze Rotterdammers met ernstige gebitsproblemen, die soms al jarenlang niet naar de tandarts zijn geweest en vaak een sterk verwaarloosd gebit hebben. Met het gezond maken van monden geeft ze patiënten ook weer meer zelfvertrouwen. In haar boek deelt ze haar verhalen als straattandarts. Ze beschrijft ook haar persoonlijke reis: van haar jeugd in Zuid-Afrika tijdens de Apartheid tot haar tandartspraktijk in Rotterdam, altijd gedreven door een gevoel van rechtvaardigheid. Het voorwoord van het boek is geschreven door de burgemeester van Rotterdam, Carola Schouten.

Het boek kost € 20,- (excl. € 5,- verzendkosten binnen Nederland) en kan



besteld worden via een mail naar dentalcareforthehomeless@gmail.com en het overmaken van het bedrag naar NL40RABO0340324902, t.n.v. Dental Care for Homeless People Foundation, Rotterdam. De volledige opbrengst gaat naar deze stichting, die daarmee de gratis tandzorg aan dak- en thuislozen wil continueren. ■

Bron: Dental Care for Homeless People Foundation

Quiz

1. Waar bevindt het tweede mesiobuccale kanaal van een bovenmolaar zich?
- ☐ is meestal niet aanwezig
 - ☐ bevindt zich iets mesiaal van de verbindinglijn van het mesiobuccale kanaal met het palatinale kanaal
 - ☐ bevindt zich meestal iets distaal van de verbindinglijn van het mesiobuccale kanaal met het palatinale kanaal
2. Wat is van toepassing op een tweede kanaal bij een onderincisief?
- ☐ komt net zo vaak voor als bij een bovenincisief
 - ☐ komt bijna nooit voor
 - ☐ is mesiaal of distaal gelegen ten opzichte van het eerste kanaal
 - ☐ is buccaal of linguaal gelegen ten opzichte van het eerste kanaal

Antwoorden op pagina 22.

Wat straft de tuchtrechter af?

UTRECHT – In 2024 heeft de tuchtrechter 22 van de 43 beoordeelde tuchtklachten tegen tandartsen, orthodontisten en een mka-kaakchirurg gegrond verklaard. De KNMT heeft op een rij gezet wat de belangrijkste klachten zijn.

Een tuchtrechter beoordeelt als eerste of een klacht onder de wet BIG valt en of de tandarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. Daarbij worden de geldende beroepsnormen en professionele standaarden meegewogen en wordt bekeken of de tandarts gehandeld heeft binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

De KNMT geeft vijf punten aan van grond verklaarde klachten waarop het college let. Als eerste zal het Tuchtcollege kijken of er gehandeld is volgens de actuele richtlijnen. Afwijken van een richtlijn mag, maar dit moet wel gemotiveerd worden toegelicht aan de patiënt en worden vastgelegd in het patiëntendossier.

Als tweede moet de juiste informatie verstrekt worden over de functies en kwalificaties van het personeel. Een tandarts mag zich alleen als zodanig presenteren als hij of zij ingeschreven staat in het BIG-register. Zowel de betrokkene zelf als de praktijk eigenaar dragen hierin verantwoordelijkheid. Een tandarts met een buitenlands diploma zonder BIG-registratie mag zich in Nederland dus geen tandarts noemen.

Ten derde moet praktijkbeëindiging zorgvuldig plaatsvinden. Patiënten moeten hierover tijdig worden geïnformeerd, er moet opvolging worden geregeld en de overdracht van patiëntgegevens moet zorgvuldig gebeuren. De continuïteit van de zorg moet kortom gegarandeerd zijn.



Ten vierde moet een tandarts patiënten respectvol bejegenen. Geïrriteerd of agiteerd reageren op een patiënt en die daarmee schrik of angst aanjagen, is bijvoorbeeld niet verstandig. Tot slot moet er op een juiste manier worden gedeclareerd. Materiaal- en techniekkosten dienen bijvoorbeeld apart op de nota te worden vermeld. Desgevraagd moet de tandarts de inkoopfactuur van de gefactureerde materialen en techniekwerken overleggen. Een tuchtcollege rekent het een tandarts zwaar aan als deze onjuist declareert. Afhankelijk van de situatie en een eventuele voorgeschiedenis met gegrond verklaarde klachten bepaalt het Tuchtcollege de ‘straf’. Die varieert van een waarschuwing tot zwaardere maatregelen, zoals een berisping of (tijdelijke) schorsing. Het Tuchtcollege kan een lichtere maatregel opleggen als de betrokken tandarts transparant reflecteert op zijn handelen, zelfinzicht toont en geprobeerd heeft om met de patiënt over de klacht in gesprek te gaan. ■

Bron: KNMT



Column
Reinier van de Vrie

Enquête-moeheid

Je bent nog niet uitgecheckt of je krijgt al een mail met de vraag wat je van het verblijf in het hotel vond. Boek geleend bij de bibliotheek? Graag je mening over de dienstverlening. En je bent bij wijze van spreken nog met je voorgerecht bezig of het restaurant vraagt je al een oordeel over het toetje. Als ze net zo vlot met de bediening zouden zijn als met het smeken om een goede recensie, had dat best positief kunnen uitpakken. Net terug van vakantie kreeg ik een herinnering van het CBS in de bus dat ik het onderzoek over veiligheid nog niet had ingevuld, terwijl heel veel andere mensen dat al wel hadden gedaan. Dit klonk best een beetje verwijtend. Misschien om dat weer een beetje goed te maken, verlootte het CBS Apple Watches en VVV-cadeaukaarten onder de respondenten. Als afgestudeerd socioloog ben ik dan geneigd om toch maar aan dit soort onderzoek mee te doen. Het is natuurlijk wel belangrijk om te weten hoe Nederland over de wereld en zijn eigen buurt denkt. Dat reikt net wat verder dan wat daarover op sociale media te vinden is.

Mondzorgpraktijken houden natuurlijk ook regelmatig patiënten enquêtes. Gewoon blijven doen natuurlijk. De extremen haal je er dan wel uit. Maar zaligmakend zijn ze niet. Ik zou vooral ook blijven signaleren wat mensen in de wacht- of behandelkamer zeggen en hoe ze zich gedragen. Gemompel, een sloffende tred, een diepe zucht, een boze blik en een traan zeggen waarschijnlijk meer dan zo’n enquête en zouden aanleiding voor een goed gesprek kunnen zijn.

En dan hebben we nog de oordelen die we ongevraagd krijgen, bijvoorbeeld op de site Zorgkaart Nederland. Diverse beroepsorganisaties willen daar niet meer aan meewerken omdat recensies nogal makkelijk te manipuleren zijn. Een slechte recensie van een patiënt, die klaagde over een behandeling en de kosten, leidde bij een Rotterdamse tandarts tot zo’n grote woede dat hij die patiënt in het openbaar beledigde en medische gegevens over hem of haar deelde. Ook niet slim, want daarvoor kreeg hij van het Tuchtcollege een waarschuwing.

Na het invullen van een uitgebreide vragenlijst laat het CBS me weten: “He-las. U heeft geen prijs gewonnen.” Ik vul nooit meer een enquête in.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en vanaf 2020 hoofdredacteur van Dental Tribune Nederland. Contact: vrie@dental-tribune.nl.

De stemming



Een gebit hoeft niet perfect te zijn

“Perfectie hoort gewoon niet bij mensen,” zo stelt hoogleraar psychologie prof. dr. Liesbeth Woertman in een interview met *Dental Tribune*, vooruitlopend op een lezing die ze 3 oktober hield op het VMTI-congres. Ze vindt dat een gebit daarom ook niet perfect hoeft te zijn. Perfectie valt bovendien ook niet te realiseren, omdat mensen fysiek voortdurend veranderen.

Het merendeel (90%) van de DT-lezers die meedeed aan de poll (n=61) in onze nieuwsbrief onderschrijft de stelling dat een gebit niet perfect hoeft te zijn. Slechts 10% was het niet met die stelling eens.

Woertman vindt dat tandartsen en mondhygiënisten terughoudend moeten zijn om behandelingen aan te bieden die vooral gericht zijn op een perfect gebit.

Het interview met Liesbeth Woertman is op p. 11 te vinden in het septembernummer van *Dental Tribune*.



Spreker
Derk Jan Jager
DMD, PhD, Mpros RCSed
Tandarts-MFP Afdeling
Kaakchirurgie &
Mondpathologie Amsterdam
UMC, Stichting Bijzondere
Tandheelkunde en het
speekselspreekuur bij ACTA



Nieuw in 2025

TePe clinical event

Xerostomie

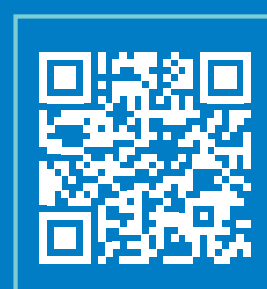
Herkennen en adviseren

Droge mond klachten; een groeiend probleem waarbij de oplossing soms lastig te vinden is. Hoe helpen we patiënten met deze klachten en welke adviezen kan je als professional geven?

Kom dan naar ons clinical event waar expert Derk Jan Jager je meeneemt in de wereld van xerostomie, waar je alles leert over het herkennen & onderzoeken van én adviseren bij een droge mond.

Waarom je dit niet wilt missen!

- Klinische nascholing met de expert op dit gebied
- De nieuwste wetenschappelijke inzichten en behandelstrategieën
- Netwerken en kennis delen met collega's
- Elke deelnemer ontvangt een rijkgepulde TePe-goodiebag



Aanmelden?
Scan de
QR-code!

- **Tijdstip:** 18.00 - 21.30 uur
- **Entree:** € 89,-
- Direct uit je werk? Geniet van heerlijke hapjes en drankjes tijdens deze bijzondere avond!



Datum en locatie

Woensdag
5 november 2025
Apeldoorn - Theater
Orpheus

www.aanmelder.nl/tepe

Paul de Kok en Johan Cossé van de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam:

“Interdisciplinair werken maakt ons bijzonder als verwijspraktijk”

De Kliniek voor Parodontologie Amsterdam (KvPA) bestaat veertig jaar. Elk jubileum viert de verwijspraktijk met een congres. Dit keer gebeurt dat op 14 november. Het jubileum was de aanleiding voor Dental Tribune om twee partners van de kliniek, Johan Cossé en Paul de Kok, te interviewen over de betekenis van de praktijk in het tandheelkundig landschap.

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Op de site van de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam staat dat jullie verwijskliniek er is voor parodontologie, implantologie, orthodontie, kaakchirurgie, endodontologie, gnathologie en prothetiek, halitose en narcose. De naam KvPA klopt dus niet meer erg goed...

Paul de Kok (PdK): Nee, die dekt de lading al lang niet meer. We hebben al vaak met een marketingbureau over een nieuwe naam nagedacht, maar steeds geconcludeerd dat 'KvPA' nog altijd een sterk merk is. Moet je die naam dan na veertig jaar over de boeg gooien?

Johan Cossé (JC): De kliniek is begonnen met parodontologie, maar al snel kwam er in die beginjaren ook implantologie bij. En zo zijn er steeds nieuwe disciplines bij gekomen.

En jullie hebben niet de indruk door de naamgeving klandizie mis te lopen?

PdK: Nee, eerder omgekeerd. In een werkveld waarin heel veel verandert, is het denk ik heel sterk dat wij continuïteit bieden. Dat geeft verwijzers houvast. De afkorting KvPA is heel bekend.

JC: Toen we als verwijspraktijk begonnen op de Boelelaan in Amsterdam hadden we de beroemde bijnaam de Boevelaan. We hebben altijd in het vaandel gehad dat we op verwijzing werken en dat we geen patiënten van de algemeen tandarts overnemen. Maar het gebeurde wel eens dat de tandarts specifiek voor één ding had verwezen, terwijl er meer aan de hand was. Dan deden we meer dan gevraagd. Dan von-

den ze ons boeven. We probeerden dat altijd wel goed te communiceren, maar soms glipt er weleens wat doorheen en er waren altijd tandartsen die onze brieven niet lazen.

PdK: Veertig jaar geleden was een verwijspraktijk ook niet zo gewoon. Wij waren na Groningen de tweede in Nederland. De algemeen tandarts verwees alleen naar de kaakchirurg of de orthodontist.

JC: En naar de universiteiten. Die waren met de komst van een verwijspraktijk ook bang om patiënten kwijt te raken.

PdK: Iedereen moest aan dit soort verwijzingen wennen, terwijl ze nu gemeengoed zijn.

Dat verwijt van werk afpakken krijgen jullie nu niet meer?

JC: Dat blijft altijd een spanningsveld.

PdK: We doen ons best om te doen waarvoor de tandarts verwijst. Als het meer wordt, zullen we dat altijd communiceren. Maar we benaderen tandheelkunde wel zo veel mogelijk op een integrale en interdisciplinaire manier. Dat maakt dat het vaak niet

“In 40 jaar hebben we ons als verwijspraktijk bewezen”

tot één probleem beperkt blijft. Je doet een patiënt tekort als je daar niets mee doet. Daar moet je dus over communiceren met de patiënt

en met de verwijzer.

JC: Als je constateert dat er parodontie problemen zijn, moet je die eerst oplossen voordat je het implantaat kunt plaatsen waarvoor de patiënt is verwezen. Maar we doen geen algemene tandheelkunde en als er meer nodig is dan waarvoor is verwezen, zullen wij de verwijzer daar altijd over bellen of schrijven.

Heeft het model verwijspraktijk zich bewezen?

PdK: Ik denk dat het zich bewezen heeft dat we ons altijd als pur sang verwijspraktijk hebben gepresenteerd. We zijn voor verwijzers nooit een bedreiging geweest met overname van patiënten. Het is ook wel goed dat we gestaag en organisch gegroeid zijn van paro naar implantologie en die andere disciplines. Maar het blijft een business in beweging, waarin je altijd moet werken aan je acquisitie.

Hebben jullie nooit nagedacht over alles onder één dak, dus ook algemene tandheelkunde?

JC: Rond 2013 was er een economische crisis. We hebben er toen wel over nagedacht, omdat we bang waren dat de verwijzingen zouden stagneren. Maar we hebben onze filosofie nooit losgelaten.

PdK: De structuur en organisatie van een verwijspraktijk zijn gewoon ook anders dan van een algemene praktijk. Dat heeft consequenties voor je receptie (wie is eigen patiënt en wie is verwijspatiënt?), de planning van je agenda, de indeling van je praktijkruimte en het omgaan met pijnklachten. Daarnaast zie ik een goede generalist als een vak apart. Dat vergt andere kwaliteiten en andere logistiek.

JC: Patiënten zijn hier vaak wel geïmponeerd door de omvang. We hebben het goed geregeld, komen afspraken na en leveren wat er gevraagd wordt, dus patiënten vragen weleens of ze hier kunnen blijven. Maar dit houden we altijd af en dat geeft ons nog altijd bestaansrecht.

Anderzijds zijn er wel veel praktijken gekomen met alles-onder-één-dak... Is dat geen probleem voor jullie?

PdK: In het verleden werd vanaf het meest eenvoudige implantaat tot elke vorm van paro naar ons verwezen, nu doen praktijken meer zelf. Maar hun mogelijkheden zijn vaak niet oneindig. Bij patiënten is meer vraag gekomen naar complexere totaalbehandelingen waar een interdisciplinair team voor nodig is. En daar zien we veel praktijken dan weer liever van af. Dat soort cases zijn nu meer onze core business geworden. JC: We worden vooral ingezet voor lastige indicaties. Het is prima dat er veel tandartsen zijn die implantologie doen, als ze hun grenzen maar kennen. Een sinuslift of een grote



Johan Cossé (l) en Paul de Kok (r).

botopbouw bijvoorbeeld kunnen ze dan naar ons verwijzen.

PdK: We worden ook steeds meer ingeschakeld voor het overmaken van bestaande implantaten die er al 20-30 jaar in zitten of voor peri-implantitis. Dat is een nieuwe markt.

Jullie hebben dus werk genoeg?

JC: In de zomermaanden zijn er wel eens minder verwijzingen.

PdK: Met de financiële crisis zag je dat paro achterbleef. Maar een paar jaar later zie je dan weer een toename van ernstige gevallen. Een verwijspraktijk is meer conjunctuurgevoelig dan een algemene praktijk. Doorgaans doen we kostbaardere behandelingen. En we moeten ook voortdurend acquisitie plegen. We krijgen een patiënt voor één specifieke behandeling. We moeten dus voortdurend nieuwe patiënten werven en aan onze verwijzers werken.

“We doen onze differentiaties op topniveau”

Hoe doen jullie dat naar de verwijzers toe?

JC: We geven cursussen met onze Compact Clinics, waarmee we proberen algemeen practici in een paar uur tijd op de hoogte te brengen van nieuwe technieken en ontwikkelingen. We proberen daar waar het kan de tandarts ook tegemoet te komen en te helpen met eventuele problemen.

PdK: Wij hebben heel veel concurrentie. Amsterdam is waarschijnlijk het dichtst bevolkte tandartsgebied in Nederland. Er zitten hier meerder verwijspraktijken die vergelijkbare dingen doen als wij. We moeten dus onze nek uitsteken. Als verwijspraktijk moet je zichtbaar blijven en toegankelijk zijn voor verwijzers. Regelmatig komen tandartsen met hun patiënt om mee te kijken met een bepaalde behandeling. En we hebben ook veel verwijzers die zelf patiënt zijn. En bij ieder lustrum organiseren we een groter symposium. Op individuele basis verzorgen we ook vaak lezingen en cursussen. Van oudsher zijn we allemaal verbonden aan de universiteit, waardoor we sowieso vaker zichtbaar zijn op podia. Het belangrijkste is dat tandartsen zich vertrouwd met je voelen en dat ze je hun patiënt in handen kunnen geven. Dat bereik je het beste met een persoonlijke connectie.

Wat is daarin dan het unique selling point van jullie praktijk?

PdK: Wat ons bijzonder maakt, is dat we interdisciplinair werken. We hebben veel differentiaties onder één dak die allemaal op topniveau worden gedaan. Een patiënt die voor een totale rehabilitatie komt, kan rekenen op alle deskundigheid voor implantologie, chirurgie, restauratieve tandheelkunde, endodontologie... et cetera. En niet te vergeten tandtechniek van hoog niveau. Op geen enkel front doen we concessies. Samen bieden we een totaalplan aan. We zitten bij elkaar op kantoor en kijken over elkaars schouder mee. En tweemaandelijks bespreken

Lees verder op pagina 6 ►

Verwijspraktijk KvPA

De Kliniek voor Parodontologie Amsterdam (KvPA) werd in 1985 opgericht door Frank Abbas, Ronnie Goené, Hans Rodenburg en Edwin Winkel. Naast de Parodontologie Praktijk Groningen was dit de tweede verwijskliniek in zijn soort.

De KvPA beschikt over vier operatiekamers, drie tandarts kamers, acht kamers voor mondhygiënist en een tandtechnisch laboratorium van 4Dental met drie tandtechnici. Het team bestaat uit ongeveer zestig mensen, van wie acht tandartsen. Een aantal jaar geleden heeft de KvPA zich aangesloten bij Dent Connect, dat inmiddels onderdeel is van Colosseum Dental. De huidige partners Hankie Bulthuis, Johan Cossé, Guido

Rhemrev en Paul de Kok zijn daarin aandeelhouders, hebben een sturende rol in de dagelijkse gang van zaken en zijn inhoudelijk eindverantwoordelijk. Dent Connect en Colosseum Dental zorgen voor onder meer efficiency en ondersteuning in human resource, ICT en financiële en administratieve processen. De Kok en Cossé geven aan dat de KvPA als verwijspraktijk een status aparte heeft in Colosseum Dental. De KvPA verzorgt de topklinische zorg en een deel van de bij- en nascholing in de keten. De KvPA krijgt geen financiële targets opgelegd, maar moet economisch uiteraard wel rendabel draaien.

► Vervolg van pagina 5

we met elkaar uitgebreid casuïstiek. JC: Een belangrijk pluspunt is ook dat we hier een tandheelkundig lab in huis hebben met drie fantastische tandtechnici met wie we een goede interactie hebben. Die maken onderdeel uit van het team en kunnen direct handelen als bijvoorbeeld de kleur of de vorm van een werkstuk net even niet goed is. We doen inderdaad totale rehabilitaties waarvan veel tandartsen niet weten hoe ze daaraan zouden moeten beginnen. Maar we behandelen ook patiënten bij wie diverse kiezen en tanden niet aangelegd zijn. Dat zijn lange traject waar we kinderen vanaf ongeveer hun twaalfde tot aan hun jongvolwassenheid behandelen. PdK: Doordat we onder één dak zitten, kunnen we er tijdens een behandeling gemakkelijk een collega bijhalen als we vastlopen. Dat scheelt nogal wat briefjes schrijven en dat maakt dit soort complexe behandelingen behapbaar.

Gezien de complexe rehabilitaties hebben jullie waarschijnlijk een vrij welvarende patiëntenpopulatie? PdK: We zitten absoluut boven het gemiddelde. Een belangrijke groep is ook die van de 50-plussers, bij wie paro meer voorkomt en bij wie er tandheelkundige problemen uit het verleden zijn. Die staan voor de keuze: hun gebit afbouwen richting prothese of gaan voor uitgebreid herstel. Dan moet je wel redelijk welvarend zijn en tijd en flexibiliteit hebben. Maar zeker niet alleen dat. Er zijn genoeg mensen die hun gebit serieus nemen en daar graag voor sparen, of zich goed verzekeren om daarin te kunnen investeren.

Wat is het lastigste voor jullie praktijk? JC: Goed ondersteunend personeel weten te vinden, maar dat geldt eigenlijk voor iedere praktijk. PdK: Als verwijspraktijk ben je ook het afvoerputje van de Nederlandse tandheelkunde. Je krijgt de patiënten naar je toe geschoven in wie de tandarts geen zin heeft. Dat kan om tandheelkundige, maar ook om psychosociale redenen zijn. Of je krijgt patiënten die zich nergens geholpen voelen en dan denken bij de beste tandartsen te komen. Dan zijn we

“Voor sommige patiënten zijn we de laatste reddende engel”

de laatste reddende engel. Dat zijn de gevaarlijkste patiënten, want die zijn heel veeleisend en hebben soms niet te realiseren verwachtingen. Een verwijspraktijk brengt ook heel veel administratieve rompslomp met zich mee. Er moet gecommuniceerd worden met de patiënt, de verwijzer en collega’s in de praktijk. We maken ook geen eenvoudige begrotingen en behandelplannen. Dat is dus veel praten en veel typen.

JC: Daar staat heel veel dankbaarheid tegenover. Je hebt patiënten met wie je jaren bezig bent geweest. Die zijn zo dankbaar en hebben het gevoel dat ze echt een nieuw leven hebben gekregen. Dat maakt voor mij het verschil. Sommige mensen hebben bijna een compleet ander

“We willen early adopters zijn”

gezicht gekregen. Ik vind het nog altijd verbazingwekkend wat tanden en kiezen met mensen kunnen doen.

Wat is het doel van het jubileumcongres dat jullie op 14 november organiseren? JC: Wij worden door de industrie bedolven met allerlei nieuwe technieken en materialen. We hebben in de loop der jaren geleerd dat dat niet allemaal even geweldig is. Soms doet iets niet wat er beloofd wordt. We willen laten zien wat wel en niet functioneel is. Wiebe Derksen gaat bijvoorbeeld in op *guided surgery*, de planning en de positie van implantaten. Dat is een grote stap voorwaarts, maar is tegelijk nog lang niet altijd even nauwkeurig. We proberen *early adopters* te zijn, maar je moet wel zeker weten dat iets ook echt functioneel is en dat het echt werkt. Je moet altijd een afweging maken of je met nieuwe dingen direct aan de slag gaat of dat je wacht totdat ze meer zijn uitgekristalliseerd.

PdK: Met onze veertig jaar ervaring weten we goed waarin we vooraan hebben gelopen, maar ook waaraan we onze neus hebben gestoten. We willen graag meegaan met de tijd, maar doen dat door met een academische voorzichtigheid naar nieuwe ontwikkelingen te kijken. Erwin Berkhout gaat in op de mogelijkheden en beperkingen van AI in de röntgen-diagnostiek. Op basis van meer dan veertig jaar in het vak vertelt Marga Ree over nieuwe ontwikkelingen in de endodontologie. De afsluiter op het congres is Ernst-Jan Pfauth, groot journalist en ondernemer, en oprichter van De Correspondent. Hij heeft heel veel succes gehad, maar kent ook de keerzijde daarvan en de druk die het geeft van zijn omgeving. Hij zal vertellen hoe hij met die druk en alle nieuwe technologieën en ontwikkelingen omgaat en oog houdt voor de zaken die echt belangrijk zijn in het leven.

Kunnen jullie voorbeelden noemen van nieuwe technieken of materialen waarmee jullie de mist in zijn gegaan? PdK: We hebben zirkonia implantaten omarmd, die verkocht werden als de heilige graal. Maar in de begintijd gingen er veel niet goed. JC: Echte zeperds hebben we nooit gehad, we hebben altijd wel opgepast. Als opleider verbonden aan ACTA ben ik verantwoordelijk voor het opleidingsprogramma voor implantologie. Ik ben dus heel goed op de hoogte van wat er speelt en van de literatuur. Ik word door studenten ook kritisch bevraagd. Dat houdt me enorm scherp.

PdK: Ik heb laatst wel een zeperd gehad met het intraoraal scannen van een bovenkaak voor het plaatsen van een volledige zirkoniabrug op implantaten. Dat is uiteindelijk niet gelukt, omdat de technologie toch nog niet goed genoeg is. Ik heb een scanfabrikant nooit horen zeggen dat het niet kan. Aan die brug heeft een tandtechniker een hele week voor niets zitten werken, we hebben ook veel kosten gemaakt. Na één ouderwetse afdruk hadden we een brug die als gegoten zat.

Hoe kijken jullie aan tegen de toekomst van de KvPA? PdK: Ik denk dat de vraag naar interdisciplinaire behandelcentra alleen maar zal toenemen. De moeilijkheidsgraad van patiënten neemt toe. Er komen nu al heel veel mensen van 70-80 met eigen dentitie. Die willen

“Een tandheelkundig lab in huis is een belangrijk pluspunt”

de laatste jaren van hun leven niet zonder tanden en kiezen rondlopen. Kwaliteit van leven is enorm belangrijk. Op cosmetisch gebied nemen de verwachtingen van patiënten ook nog steeds toe. Ik denk dat de behoefte van collega’s om te verwijzen dus eveneens zal toenemen. JC: Bij de groep patiënten die ongeveer twintig jaar geleden implantaten heeft gekregen, zullen steeds meer biologische of technische problemen optreden. Er zal dus steeds meer gereviseerd moeten worden. PdK: Tegelijkertijd zie ik ook mensen terug voor controle met bruggen die 25-30 jaar geleden gemaakt zijn door Ronnie Goené en Peter Keizer en nog steeds zitten als een huis. Esthetisch ziet het er misschien niet zo best uit, maar die mensen zijn er nog steeds happy mee. JC: Ik heb altijd genoten in mijn rol hier. Er zijn niet veel praktijken die zo lang mee gaan. Veel mensen werken hier al heel lang met veel plezier. ■

Lustrumcongres Visie

Op 14 november vanaf 13.00 uur houdt de KvPA het lustrumcongres ‘Visie; blik op de toekomst respect voor het verleden’ in de Westergasfabriek in Amsterdam. De volgende lezingen worden gehouden:

- dr. Wiebe Derksen: De zin en onzin van guided surgery;
- Marga Ree MSc: Blik op de toekomst na 45 jaar endo: Wat is de sleutel tot succes?;
- prof. dr. Erwin Berkhout: Van Historie naar horizon: Innovatie en artificial intelligence in de tandheelkundige röntgendiagnostiek en
- keynotespreker Ernst-Jan Pfauth: over succes en bewust leven.

Meer informatie en aanmeldingen: www.aanmelder.nl/kvpa



Pearl Harbor (2001), geregisseerd door Michael Bay

Een noodlottig telefoontje

Op 7 december 1941 voerde de Japanse marine een verrassingsaanval uit op de Amerikaanse marinebasis Pearl Harbor op Hawaï, waarbij een groot deel van de Amerikaanse Pacific Fleet werd vernietigd. Voorafgaand aan deze aanval had een Japanse officier op Hawaï gespioneerd, wat vermoedelijk de inspiratie vormde voor de hieronder beschreven scène.

TEKST: HENK BRAND

Een tandarts van Japanse afkomst werkt in zijn praktijk in de buurt van Pearl Harbor. Terwijl hij de mond van een patiënt onderzoekt, zegt zijn assistente tegen hem: “Er is een telefoontje uit Tokio. Ze zeggen dat ze u niet kennen.” De tandarts neemt de telefoon aan, maar weet niet dat het gesprek wordt afgeluisterd door de Amerikaanse inlichtingendienst. Een vertaler volgt het gesprek: “Het is een lokale tandarts. Hij kan Pearl Harbor vanuit zijn praktijk zien. De beller uit Tokio wil weten of er veel matrozen in de buurt zijn.” De tandarts kijkt naar buiten en zegt, verwijzend naar vliegdekschepen, dat de platte schepen niet in de

haven liggen. Vervolgens praten ze over het weer en beëindigt de beller het gesprek abrupt. De tandarts is verbaasd en zegt tegen zijn assistente: “Dat was een vreemd telefoontje.” De vertaler die het gesprek heeft gevolgd, concludeert ook: “Hij lijkt niet te weten met wie hij praat.” Wanneer admiraal Kimmel, de bevelhebber van de Pacific Fleet, over het telefoontje wordt geïnformeerd, geeft hij opdracht om de FBI in te schakelen. De volgende zondagochtend vallen Japanse vliegtuigen Pearl Harbor aan. Pearl Harbor is te koop op DVD en online te bekijken via verschillende streamingdiensten. ■



FOTO: COLLECTIE HENK BRAND

Weer coronaprik voor mondzorgteam



FOTO: ADOBE STOCK

UTRECHT – Tandartsen, mondhygiënisten en assistenten die direct contact hebben met kwetsbare patiënten kunnen vanaf 15 september tot en met 5 december weer een coronaprik halen. Het coronavaccin beschermt de betrokkenen zelf, maar ook patiënten met een kwetsbare gezondheid. De prik wordt gegeven bij de regionale GGD’s. Zestigplussers ontvangen van het RIVM een uitnodiging per post. Anderen kunnen een afspraak maken voor het halen van het vaccin op Planjeprik.nl of via tel. 0800 - 7070. De vaccinatie betreft het mRNA-vaccin van BioNTech/Pfizer. Dat is afgestemd op de momenteel meest voor-

komende coronavariant. Behalve zorgmedewerkers krijgen alle zestigplussers en kinderen en volwassenen uit medische hoogrisicogroepen (zoals mensen met een afweerstoornis) een uitnodiging voor het halen van het vaccin. Voor mondzorgverleners is de Leidraad Mondzorg Corona 12.0 van maart 2023 nog steeds van kracht. In deze leidraad staan adviezen over de behandeling van patiënten met (mogelijk) overdraagbare luchtwegaandoeningen. Ook geeft de leidraad aan wat te doen als zorgverleners zelf luchtweginfectieklachten hebben. ■

Bron: KNMT



KaVo Instrumentenactie 4 + 1 gratis KaVo instrumenten naar keuze

Bij aankoop van een instrumentenpakket bestaande uit vijf instrumenten* ontvangt u het goedkoopste instrument in het gekozen pakket gratis.

* MASTERmatic hand- en hoekstukken, MASTERtorque turbines en RONDOflex™ plus 360
EXPERTmatic hand- en hoekstukken, EXPERTtorque turbines en PROPHYflex 4
SONICflex 2003 L Set, 2008 L Set
Chirurgische hand- en hoekstukken



kavo.com/bnl-nl/ins-actie



**Stel uw eigen instrumentenpakket
volledig naar wens samen.**

Inzetten voor goed doel met ondersteuning KNMT



FOTO: STICHTING IMPROVE

UTRECHT – Maatschappelijk betrokken tandartsen die zich onbaatzuchtig en vrijwillig inzetten voor mensen die door allerlei problemen niet in staat zijn hun mond gezond te houden, kunnen voor dit werk een donatie aanvragen bij de KNMT.

Het is de missie van de KNMT om de mondgezondheid van iedereen in

Nederland te bevorderen. Dat doet de vereniging onder meer door financiële steun te geven voor maatschappelijke projecten. Tandartsen, orthodontisten en mka-chirurgen kunnen daarvoor terecht bij de commissie Steunorgaan. De commissie geeft financiële bijdragen aan concreet gedefinieerde projecten. Hierbij valt te denken aan het verstrekken van tandenborstels en tandpasta aan

voedselbanken of het verlenen van mondzorg aan financieel kwetsbaren. De commissie steunt geen natuurlijke personen.

Donaties worden bij voorkeur verstrekt aan een stichting of een vereniging, liefst met een ANBI-status. Dit geeft de mogelijkheid om te controleren of het geld goed wordt besteed.

Een sprekend voorbeeld van een project dat een donatie ontving, is de stichting Dental Care for Homeless People van Didi Landman, beter bekend als de straattandarts in Rotterdam. De donatie werd gegeven voor het verlenen van mondzorg aan dak- en thuislozen en ongedocumenteerde mensen.

Een tweede voorbeeld is de stichting Improve, mede opgezet door tandarts Marijke Westerduin, die een donatie van 4.000 euro ontving voor een video ten behoeve van tandheelkundige voorlichting in diverse Afrikaanse landen

Een aanvraag kan worden gedaan door een mail met motivatie te sturen aan: steunorgaan@knmt.nl. ■

Bron: KNMT

Vernieuwde KNMT-richtlijn ‘Verwijzen’



FOTO: ADOBESTOCK

UTRECHT – De KNMT heeft een nieuwe versie uitgebracht van de richtlijn ‘Verwijzen’. Dat was noodzakelijk door nieuwe wetgeving. Daarnaast waren in de oude richtlijnen de termen ‘horizontale’ en ‘verticale’ verwijzing niet duidelijk genoeg.

Bij verwijzing naar een andere tandarts, orthodontist of mka-chirurg is het belangrijk dat alle relevante patiëntgegevens zorgvuldig én veilig worden overgedragen. Daarnaast moet duidelijk zijn wat de afspraken zijn over de uitvoering van de behandeling, de communicatie tijdens het behandeltraject en de terugkoppeling van de uitgevoerde behandeling. De herziene richtlijn ‘Verwijzen’ biedt ondersteuning om dit goed te regelen. De richtlijn beschrijft de proce-

dures en bevat formats voor het verwijsbericht, de terugkoppeling en de rapportage.

De richtlijn is herzien naar aanleiding van belangrijke wijzigingen in wet- en regelgeving, waaronder de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Ook is rekening gehouden met actuele inzichten uit de herziene KNMG-handreiking over verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

De nieuwe richtlijn spreekt niet meer van ‘horizontale’ en ‘verticale’ verwijzing, zoals het geval was in de praktijkrichtlijnen uit 2002, maar heeft het over één richtlijn die uit twee onderdelen bestaat.

Het eerste deel van de nieuwe richtlijn

gaat over verwijzen naar een tandarts of een orthodontist. Verwijzing naar een andere tandarts betreft meestal om een gedifferentieerde tandarts. Het tweede deel gaat over de verwijzing van een patiënt van de tandarts naar de mka-chirurg. De tandarts heeft hierin een coördinerende rol en goede afstemming tussen de tandarts en de kaakchirurg is noodzakelijk.

Hoewel een papieren verwijzing nog mogelijk is, heeft het volgens de KNMT de voorkeur om digitaal te verwijzen vanwege de duurzaamheid, snelheid, efficiëntie en de gegevensbeveiliging daarvan. Digitaal verwijzen gebeurt bij voorkeur via beveiligde e-mail of een digitaal verwijssysteem. ■

Bron: KNMT

Column
Richard Mastwijk



Herhaling ligt op de loer

Met de horizon van mijn partnerschap bij van helder in zicht ontikom ik niet aan een korte terugblik op mijn werkzaamheden, zoals het schrijven van deze column. Dat deed ik eerst voor de toenmalige *NT* (thans *NT-Dentz*) en tegenwoordig voor *Dental Tribune*.

Mijn eerste column verscheen in 2009, het jaar dat ik en twee andere partners zijn gestart met van helder. Inmiddels zijn zestien jaar verstreken en ben ik plusminus een honderdveertig tot honderdvijftig columns verder. In deze columns heb ik me vaak kritisch uitgelaten over ondeugdelijke en overbodige wetgeving. Ik hoop dat je als lezer een beetje plezier hebt beleefd aan mijn columns, want daar zat voor mij het ‘rendement’ in. Of ik iets heb bereikt bij de instanties waartegen mijn bezwaren waren gericht? Daar heb ik geen illusies over. Maar misschien is dat wel het lot van de columnist.

Onder het motto de aanhouder wint, wil en kan ik het niet laten om zaken bij herhaling aan de orde te stellen. Zo ook de Wtza en, als onderdeel daarvan, de jaarverantwoording. Als kantoor zijn wij al enige jaren – in samenwerking met een aantal andere kantoren – bezig om een verlichting en spreiding van deze verplichting te realiseren. Nadat de jaarverantwoording voor bestaande zorgverleners voor de eerste twee jaar is uitgesteld, is er voor het derde jaar een eenmalige uitstelregeling geïntroduceerd.

De verlenging van deze laatste regeling in 2026 is voorsnog niet aan de orde. Dat betekent voor alle gespecialiseerde kantoren een gigantisch logistiek probleem, waardoor praktijkhouders hun cijfers niet tijdig rond kunnen krijgen. De al vaker daarbij in beeld gebrachte krapte op de arbeidsmarkt, lijkt in het geheel niet relevant voor de overheid die ons hiermee belast.

Hoe schrijnend is het dat overheidsinstanties, waaronder het Openbaar Ministerie, door dezelfde personeelskrapte niet in staat zijn om de evident ‘foute’ ondernemers aan te pakken. De KvK schrijft jaarlijks tientallen of misschien wel honderden zorgbemiddelingsbedrijven in waarbij de KvK-medewerkers zelf grote twijfels hebben over de betrouwbaarheid. Zorgverleners die bijvoorbeeld meer uren per week declareren dan er in een week zitten. Dit staat haaks op de discussie rond de NAC (de normatieve arbeidscomponent) waarbij de NZa in het kader van het kostenonderzoek geen vergoeding wenst te geven voor de uren die een tandarts of orthodontist werkt boven de 36 uur per week. Ik blijf er daarom op wijzen dat de overheid beter alle capaciteit kan inzetten om evidente fraudegevallen aan te pakken dan van hardwerkende mondzorgpraktijken allerlei volstrekt zinloze rapportages te eisen.

Richard Mastwijk
van helder consultancy

ADVERTENTIE

ICX

ICX-Zero
Bone Loss®



ICX-Zero Bone Loss® zet een nieuwe standaard voor behoud van bot rondom implantaten.

- Direct inscanbaar anatonisch gevormd healing abutment
- Leverbaar in 3 vormen: molar, premolar en anterior
- In 3 verschillende GH leverbaar

Direct contact met Eric
Plan geheel vrijblijvend een afspraak.



06 43 90 45 00
eric@icx-implants.nl



Leer meer over hoe je je workflow kan vereenvoudigen
icx-implants.nl/zero-bone-loss





Schakel directe* en langdurige pijnverlichting nu in

100%

van de patiënten ervaart directe¹
en langdurige pijnverlichting²

1.5X

meer *in vitro* tubuli afsluiting vergeleken
met concurrerende technologie³



1. For instant relief, apply directly to the sensitive tooth with fingertip and gently massage for 1 minute. Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009;20(4):123-30. 2. Supported by a sub-analysis of Docimo R, et al 2009. At 4 weeks, 40 out of 40 subjects (100%, 10 out of 10) achieved lasting sensitivity relief on both tactile and air blast measures. Sub-analysis of Do cimo R, et al. J Clin Dent. 2009;20(1):17-22. 3. Liu Y, et al. J Dent Res. 2022;101(Spec Iss B):80.

Nieuwe KIMO- richtlijn ‘Gebitsslijtage van blijvende elementen’

UTRECHT – De FTWV en de KNMT hebben de klinische KIMO-praktijk-richtlijn ‘Gebitsslijtage van blijvende elementen’ bindend verklaard. De richtlijn behoort nu dus tot de professionele standaard in de mondzorg.

Bij de lancering van deze nieuwe richtlijn geeft het KIMO in een persbericht aan dat gebitsslijtage in beginsel een fysiologisch fenomeen is en een multifactorieel proces waarbij de etiologie vaak onbekend is. Voor mondzorgverleners is het belangrijk om te herkennen wanneer

gebitsslijtage een andere oorzaak heeft en tot problemen kan leiden. Ze moeten daarbij vooral letten op de progressie van de slijtage en de te verwachten functieproblemen. De richtlijn biedt handvatten voor screening, diagnostiek, behandelbeleid, counseling, monitoring en restauratieve behandeling. Het doel van deze richtlijn is over- en onderdiagnostiek te beperken, patiënten zo veel mogelijk te behoeden voor klachten van gebitsslijtage, en restauratieve behandeling indien mogelijk te voorkomen of uit te stellen.

De samenstellers van de richtlijn adviseren de screeningsmodule van de TWES 2.0 (Tooth Wear Evaluation System) te gebruiken. Die module vormt volgens hen een compleet en eenvoudig classificatiesysteem. De bedoeling is dat registratie hiervan zo snel mogelijk ook in het patiëntendossier kan worden vastgelegd. Dat gebeurt in nauwe samenspraak met de leveranciers van praktijksoftware voor de mondzorg. De richtlijn, waarvan de ontwikkeling is gestart in 2023 onder leiding van prof. dr. B.A.C. (Bas) Loomans, hoogleraar Orale

Functieer en Restauratieve Tandheelkunde (Radboudumc), wordt breed gedragen in het veld door een groot aantal organisaties: ACTA, KNMT, NVGPT, Radboudumc, NVM-mondhygiënist, HAN, Ivoren Kruis, VMBZ, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, UMCG CTM, NWWT, NVVRT en NVvO.

De richtlijn is te vinden: <https://www.het-kimo.nl/richtlijnen/gebitsslijtage>.

Bron: KIMO



Column
Casper P. Bots

Laat je niet verrassen door een final call

Om de week werk ik bij dr. Rez Dental in Liverpool. Op de terugweg vertrek ik dan met een KLM-vlucht op zaterdagmiddag om 17:30 uur van Manchester Airport naar Amsterdam. Altijd vanaf terminal 2, altijd van pier A. Zo ook op een zaterdag in de zomer. Alles liep gesmeerd. Ik arriveerde om 16:20 uur bij terminal 2. Met een oppervlakte van 52.000 vierkante meter en een capaciteit van 25 miljoen passagiers per jaar is dit de op een na grootste luchthaven van het Verenigd Koninkrijk. Opgewekt liep ik naar de *security* en tien minuten later richting pier A. Nog even langs de Tesco voor een salade, kwark en wat water voor onderweg. Gedachteloos liep ik zoals iedere keer naar gate A3. De *boarding* start altijd om 17:00 uur en de gate sluit om 17:15 uur. Kortom, geheel volgens planning kwam ik om 17:00 uur aan bij de gate. Alhoewel ik het al wel wat rustig vond, realiseerde ik mij pas op het moment dat ik bij de gate kwam dat er helemaal geen mensen waren en ook geen enkel vliegtuig. De hele terminal bleek leeg! Snel vroeg ik aan de eerste de beste persoon die ik tegenkwam waar ik heen moest. Met een onvervalst Manchesteraccent werd me verteld waar het KLM-toestel vandaag vandaan vertrok. *Alright pal, you’ve got a fair old trek to the B gates!* Twintig minuten lopen, met inmiddels nog 12 minuten voordat de gate zou sluiten. Op maximale snelheid rende ik over de luchthaven vanwege een verbouwing met een omleiding naar pier B. Dubbel zo snel als de aangegeven tijd kwam ik twee minuten voordat de gate sloot aan en ging ik als laatste aan boord. Een onverwachte conditietraining met een les voor mezelf. Niets is vanzelfsprekend. Check altijd eerst je bestemming en je vertrekpunt. En het vliegtuig vertrekt ook zonder jou, dus wees op tijd op de goede plaats. Wat doe jij gedachteloos? Hoe bereid jij je voor? Weet jij waar je heen gaat? Misschien is deze column niet jouw *final call*, maar je *wake-up call*. Want omstandigheden kunnen en zullen altijd, continu en soms zelfs op het laatste moment veranderen. Het gaat erom hoe jij je daarop voorbereidt, hoe je ermee omgaat en hoe jij jezelf daarvoor – als het nog goed met je gaat – traint. Wil jij ook op tijd aan boord zijn van de Dentist Experience Mastercourse die begin 2026 van start gaat? Check jezelf dan nu in, zodat je samen met mij en andere collega’s begint aan de reis naar de bestemming die exact bij je past. Want je bent tot meer in staat dan je denkt en er is meer dan gedachteloos en op routine door het leven te gaan. Dit is jouw final call.

Dr. Casper P. Bots,
tandarts/Dentist Counselor
www.dentistexperience.com

CONTRA-ANGLE
NOVA

Bien-Air
Dental

LIGHTEST AND SMALLEST OVERCOMING ANY CHALLENGES

A significant breakthrough, the CA NOVA allows the **smallest head** for all operative procedures and represents the smallest head in the entire Bien-Air handpiece range.

Its sterilizable anti-retraction valve, *Cool Touch+* heat-resisting push button, and stainless steel housing maximize safety for you and your patients.

S W I S S  M A D E

Bien-Air Europe Sàrl 19-21 rue du 8 Mai 1945 94110 Arcueil France Tel. +33 (0)1 49 08 02 60 services.benelux@bienair.com www.bienair.com

Speekselonderzoek met sensor in de mond

Kan reflux gebitsslijtage veroorzaken?

Zou slijtage van het gebit mede veroorzaakt kunnen worden door reflux, waardoor maagzuur in de mond kan komen? Bij het Radboudumc bestaat dat vermoeden. Met behulp van een sensor die in de mond wordt geplaatst, onderzoekt men of dit vermoeden terecht is. Het is een voorbeeld van speekselonderzoek dat langzaam aan betekenis lijkt te winnen.

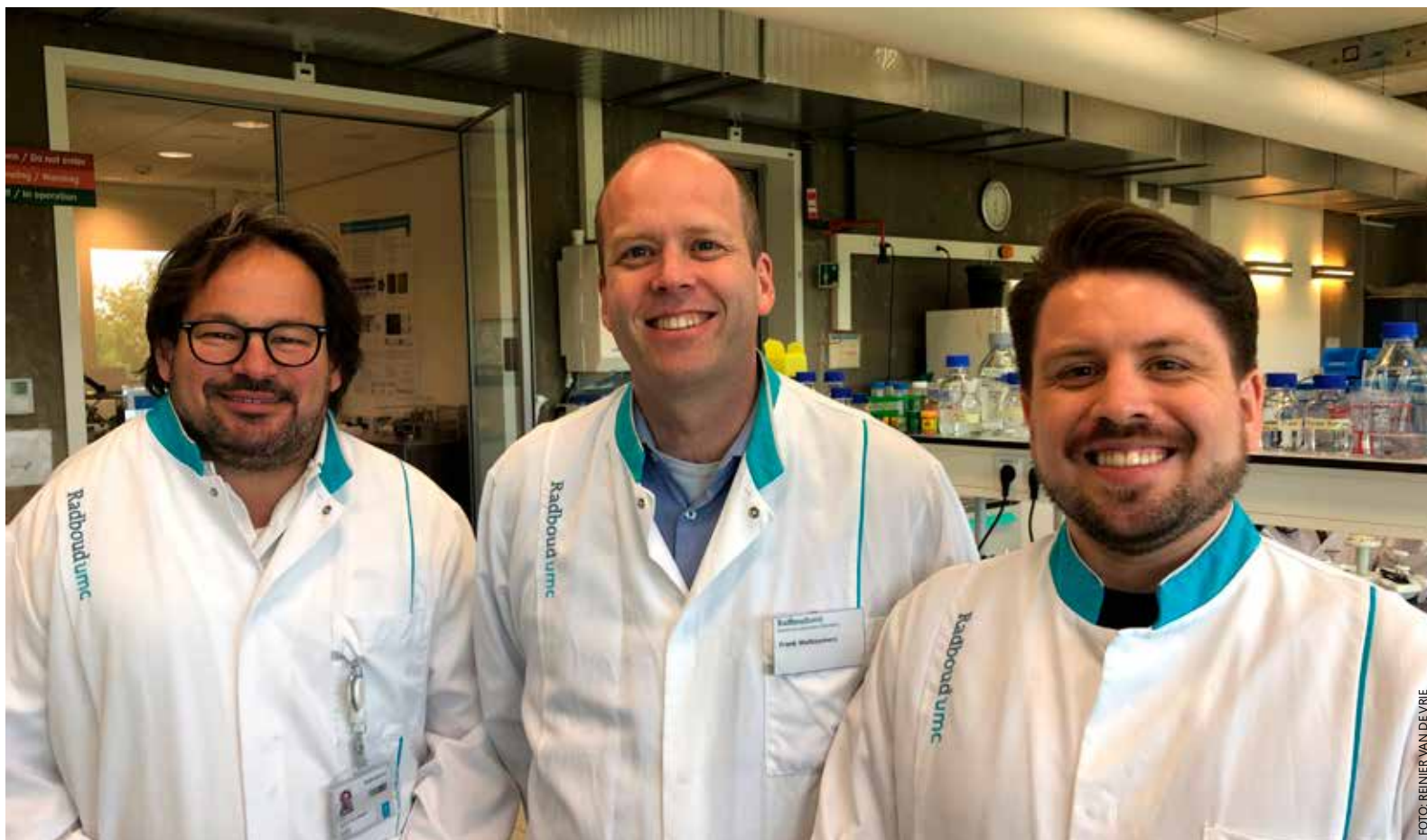
TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Algemeen is bekend dat gebitsslijtage kan worden veroorzaakt door tandknarsen en door zuren in voedsel en dranken. Bij sommige mensen wordt de slijtage mede veroorzaakt door – brandend – maagzuur. Maar er zijn ook mensen met gebitsslijtage die geen zure dranken drinken en ook niet of nauwelijks last van brandend maagzuur hebben. Betekent dit dat ze geen reflux hebben? Om die vraag te beantwoorden, wordt bij een aantal proefpersonen een sensor in de mond geplaatst waarmee maagzuur in mondspeeksel wordt gemeten.

“Mensen met gebitsslijtage hebben vaker last van maagzuur. En andersom hebben mensen met maagzuurproblemen vaker last van gebitsslijtage. Er is dus een relatie, maar de vraag is of die causaal is,” zegt PhD-onderzoeker Victor Ignacio Madariaga, die is aangesteld met een onderzoeksbeurs van Health~Holland. Tot nu toe heeft niemand echter kunnen aantonen dat er brandend maagzuur in de mond komt. Met het sensoronderzoek is de hoop dat daar duidelijkheid over komt. Bij de afdeling Tandheelkunde van het Radboudumc doet Madariaga er onderzoek naar.

Sensor

De sensor is een plastic plaatje van ongeveer 2 cm dat net als een bracket op



Van links naar rechts: Bas Loomans, Frank Walboomers en Victor Ignacio Madariaga op het tandheelkundig onderzoekslaboratorium in Nijmegen.

een kies kan worden geplakt of in een uitneembaar plaatje op het gehemelte kan worden geplaatst. Via Bluetooth is er draadloze verbinding met een computer. Daarop kan vergelijkbaar met het meten van het hartritme de zuurgraad in de mond worden gemeten en uitgelezen. Dat gebeurt nu in principe na afloop van de draagperiode.

“Voor ons is het minder relevant om overdag maagzuur ten gevolge van reflux te meten,” zegt prof. dr. Bas Loomans, die als onderzoeksleider van het Radboud Tooth Wear Project de eindverantwoordelijkheid heeft voor het onderzoek. “Het heeft waarschijnlijk vooral ‘s nachts effect, als mensen platliggen en het maagzuur eenvoudiger in de mond komt, in een kleine hoeveelheid die genoeg is om de zuurgraad te verlagen tot het niveau waarbij het tandweefsel in oplossing gaat. Als dat chronisch is, leidt het mogelijk tot gebitsslijtage. Mensen moeten de sensor een week of maand dragen. Liefst zo lang dat ze er niet meer aan denken en weer hun normale gedrag gaan vertonen. Wie zich er namelijk heel erg bewust van is dat hij iets vreemds in de mond heeft, gaat zich daarnaar gedragen en houdt bijvoorbeeld rekening met wat hij eet en drinkt. Mensen moeten die sensor dus liefst vergeten en zich zo gedragen als ze altijd doen.”

De sensor kan gebruikt worden in combinatie met een voedseldagboek. Veel ‘s nachts drinken heeft mogelijk bepaalde effecten. De sensor kan de zelfrapportage dan combineren met de metingen van de zuurgraad in het speeksel.

De sensor is met succes uitgetest bij vijf vrijwilligers. Het vervolgonderzoek gaat nu plaatsvinden met tien tot twintig patiënten die met gebitsslijtage zijn verwezen naar het Radboudumc. Het is niet eenvoudig geweest om dit klinisch onderzoek van de grond te krijgen, maar het voldoet inmiddels

aan alle medische en ethische eisen van de betrokken onderzoekscommissies.

Resultaten

In het voorjaar van 2026 hoopt Madariaga met de resultaten van het sensoronderzoek te komen en daarop te promoveren. Wat zou de vervolgstap moeten zijn als inderdaad blijkt dat gebitsslijtage kan ontstaan door brandend maagzuur? Loomans: “Mensen met reflux verwijzen we altijd naar de huisarts of de maag-, darm en leverarts (MDL-arts) voor verdere diagnostiek en mogelijke behandeling. We hebben dan als tandarts een heel mooie prediagnostiek gedaan voor vervolgstappen. Dan is medicatie wellicht een oplossing.”

Madariaga: “Het ziekenhuis zou veel meer aan preventie kunnen doen. Slijtage en cariës zijn leefstijlproblemen; veel lever- en maagproblemen zijn dat ook. Die zijn vaak gerelateerd aan voeding, overgewicht, roken...”

Het heeft overigens jaren gekost voordat er een goede samenwerking tot stand kwam met MDL-artsen. Loomans: “Er was geen discussie: de mening was dat maagzuur niet in de mond kwam. Pas toen ik twee jaar later een presentatie voor de MDL-staf mocht geven over dit onderwerp, is hun interesse gewekt.”

Meer speekselonderzoek

Voor dr. Frank Walboomers, hoofd van het tandheelkundig onderzoekslaboratorium in Nijmegen, is de meerwaarde van dit onderzoek behalve de samenwerking tussen tandartsen en specialisten in het ziekenhuis ook de samenwerking met het bedrijfsleven waarmee de sensor is ontwikkeld. “De uitwisseling van kennis vanuit diverse velden is enorm belangrijk. De sensor is nu nog maar een prototype. We willen die ontwikkelen tot een zo comfortabel mogelijk te dragen product,

waarvan de patiënt na enige gewening niet of nauwelijks meer iets voelt.” Want met een sensor die speeksel meet, ziet hij in de toekomst nog veel meer mogelijkheden. Hiermee kun je mogelijk ook de bijt- of kauwbelasting meten, glucose om diabetes te diagnosticeren of biomarkers die kunnen duiden op een relatie met andere aandoeningen of ziektes. Speekselonderzoek kan deels aanvullend zijn, maar ook vervangend voor bloedonderzoek. “Onbekend maakt onbemind. De medische wereld is gewend om bloed te prikken en dat te onderzoeken. Maar bloed kan alleen invasief verkregen worden. Dat is belastender voor de patiënt dan speekselafname. Ik zie daarom veel potentieel in speekselonderzoek.”

Met behulp van AI-modellen kunnen de grote hoeveelheden data die verzameld worden volgens Walboomers ook veel gemakkelijker verwerkt worden en kunnen we daar heel zinnige informatie uit halen.

Vergezicht

Met speekselonderzoek zijn we nog maar aan het begin, ook internationaal gezien, constateert het drietal dat bij dit onderzoeksproject betrokken is. Loomans: “De link van speeksel met aandoeningen is er. Ik denk dat er nog veel te weinig gebruik van wordt gemaakt. Sommige mensen hebben te weinig speeksel, hetzij aangeboren, hetzij door medicatie. Dat leidt tot meer kans op gaatjes of slijtage. Als we weten hoe speeksel werkt, kunnen we ook meer toegespitste preventie toepassen. Je kunt veel informatie uit speeksel halen, het is alleen de vraag hoe vaak je moet testen om één probleem eruit te halen. Om regulier te meten, moet wel aantoonbaar zijn dat dat zinnig is.” Madariaga: “We doen ook geen bloedonderzoek bij iedereen. Dat doen we alleen als iemand een bepaald probleem heeft.”

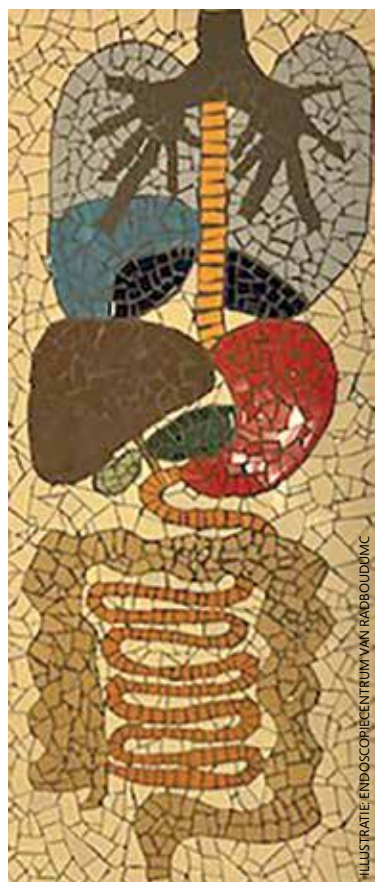
Discrepantie

Volgens Walboomers is er een grote discrepantie tussen de medische en de tandheelkundige wereld. “Tandartsen zitten in een hokje apart, maar tandheelkunde zou een integraal onderdeel moeten zijn van de geneeskunde. De informatie uit de mondzorg en de gebruikte technologie zouden veel prominenter aanwezig moeten zijn in de geneeskunde als geheel. Het grappige is dat je bij specialisten schematische afbeeldingen ziet van patiënten die bij hun nek zijn afgezaagd. Bij tandartsen zie je alleen het hoofd, het lichaam daaronder is verdwenen. We moeten toe naar een integrale geneeskunde waarin die twee weer aan elkaar zijn geplakt.”

Loomans bevestigt dat vanuit de samenwerking met de MDL-arts die inmiddels nauw betrokken is bij dit onderzoek. Deze arts geeft aan hoe hij en zijn collega's naar de mond keken als eigenlijk alleen maar een lastige hindernis. Bij het maken van een scapie zitten de tanden van een patiënt namelijk in de weg. Een MDL-arts moet altijd oppassen dat de patiënt zijn scoop niet kapotbijt. Pas in de slokdarm begint de arts te kijken wat er aan de hand zou kunnen zijn. De eerste veertien centimeter in de mond slaat hij over, ook omdat hij niet weet waarop hij zou moeten letten.

Loomans: “In de mond wordt dus niet echt gekeken. Ik vind het erg leuk dat we nu eindelijk een goede samenwerking hebben en we ook feedback krijgen van MDL-artsen van het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem en het Radboudumc in Nijmegen. Ze zijn bereid om mee te denken en willen investeren in dit soort projecten.”

Over ongeveer een jaar wordt met dit onderzoek mogelijk duidelijk of er brandend maagzuur in de mond komt en gebitsslijtage veroorzaakt. ■



Bij specialisten zie je schematische afbeeldingen van patiënten die bij hun nek zijn afgezaagd.

ONDER NARCOSE BEHANDELEN IN UW EIGEN PRAKTIJK?



Anesthesia & Intensive Care Services



Anesthesia & Intensive Care Services B.V.:

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

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

Tandheelkundige klinieken die behandelingen onder algehele anesthesie willen aanbieden:

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

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

Bel voor een gratis en vrijblijvende offerte:

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

Anesthesia & Intensive Care Services B.V.

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



ONT-voorzitter Marnix de Romph:

“De tandprotheticus combineert bij uitstek technisch vakmanschap met zorgverlenerschap”

Bij de viering van het 50-jarig jubileum met een congres op vrijdag 23 mei in Amersfoort presenteerde de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT) de ‘Zorgstandaard Tandprothetische Zorg’. Dat document is exemplarisch voor waar de ONT voor staat, namelijk de tandprothetische zorg samen met andere zorgverleners organiseren vanuit het perspectief van de patiënt. ONT-voorzitter Marnix de Romph licht het graag toe.

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Met internist en hoogleraar geneeskunde Marcel Levi en hoogleraar neuropsychologie Erik Scherder had de ONT op haar jubileumcongres op 23 mei in Amersfoort een paar *big shots* binnengehaald. Zij stelden het gehoor van voornamelijk tandprotheticici niet teleur. Levi benadrukte dat het voor de kwaliteit van leven belangrijker kan zijn dat je goed kunt eten en kauwen dan dat je bloeddruk of cholesterolgehalte op orde is. Scherder legde uit dat het kauwvermogen, het gelukshormoon en de angst- en depressiereductie in hetzelfde gebied van de hersenen zitten. Ze hebben invloed op elkaar. Simpel gezegd: wie goed kan kauwen, bestrijdt dementie en activeert dat gelukshormoon. Daarin heeft een tandprotheticus die goede protheses en andere uitneembare delen vervaardigt dus grote toegevoegde waarde. Voor veel tandprotheticici was dit een eyeopener en een schouderklopje. ONT-voorzitter Marnix de Romph vertelt het met zichtbare trots.

Kwaliteit bovenaan

Trots is De Romph ook zeker op zijn organisatie en op de keuze die een aantal jaren geleden is gemaakt om sterk in te zetten op kwaliteit. Daar worden volgens hem nu de vruchten van geplukt. Zo is er een kwaliteitsregistratiesysteem op poten gezet en is er – georganiseerd door de SNTI, Stichting Nederlands Tandprothetisch Instituut – een systeem voor permanente bij- en nascholing gekomen voor ONT-leden. Dat is belangrijk geweest voor het professionaliseren van de beroepsgroep. Ook is het gelukt om de opleiding van contractonderwijs op hbo-niveau naar een formeel en erkende bacheloropleiding te brengen.

Bepalend voor de kwaliteit in de toekomst zijn de Zorgstandaard Prothetische Zorg en de Kennisagenda. Die laatste is dit jaar ontwikkeld en maakt duidelijk waar in het werkveld behoefte aan is, wat belangrijke onderzoeksonderwerpen zijn en waar er nog hiaten in de kennis zijn. De Kennisagenda geeft zo structuur aan het onderwijs en de wetenschap.

De Zorgstandaard Prothetische Zorg was aan vernieuwing toe. De vorige versie stamde uit 2018 en was vooral geschreven vanuit het perspectief



ONT-voorzitter Marnix de Romph.

van de tandprotheticici zelf. Het uitgangspunt van de nieuwe zorgstandaard is het perspectief van de patiënt en de zorg die hij of zij nodig heeft. Belangrijk verschil is daarbij ook dat de KNMT en NVM-mondhygiënist van meet af aan bij de zorgstandaard zijn betrokken. De Romph: “De samenwerking van de ONT met de verenigingen van tand-

“De Zorgstandaard is een gezamenlijk gedragen product”

artsen en mondhygiënist is op de werkvloer en op bestuurlijk niveau in de Mondzorgalliantie de laatste jaren veel hechter geworden. Als je de patiënt in de tandprothetiek als uitgangspunt neemt, zoals we in de nieuwe standaard hebben gedaan, dan kun je niet anders dan samenwerken. De standaard is dus een gezamenlijk gedragen product.”

Warme overdracht

Wat houdt de persoonsgerichte zorg volgens de Zorgstandaard in?

De Romph: “Elke patiënt is anders en vraagt om een andere aanpak. Organiseer de zorg rondom de patiënt in plaats van dat die zich moet voegen naar hoe de zorg zich heeft georganiseerd. Met je interventie wil je ook zo effectief mogelijk zijn. Dit betekent dat je de patiënt naar de juiste zorgverlener moet leiden. Niet iedere patiënt hoeft eerst naar de tandarts als poortwachter. Een prothesedragers kan beter eerst bij een tandprotheticus binnenlopen. Mochten er andere mondzorgproblemen zijn, dan kan de tandprotheticus de patiënt naar de tandarts of mondhygiënist toe leiden. Je moet niet zelf gaan aanmodderen als de benodigde deskundigheid meer op het terrein van een ander ligt. Korte lijnen en goede samenwerking tussen de verschillende disciplines zijn dan uiteraard van groot belang.”

Een deel van de ‘klandizie’ van de tandprotheticus komt via de tandarts binnen. Maar tandprotheticici zijn in de eerstelijnszorg direct toegankelijk. Ze ontvangen regelmatig mensen – ook relatie jonge mensen – die zonder verwijzing van een tandarts komen met de vraag naar een kunstgebit. Die mensen zijn vaak jarenlang niet naar de tandarts geweest, al dan niet vanwege angst. Ze durven met hun kapotte gebit dan niet bij een

tandarts te komen, maar wel bij een tandprotheticus, meestal omdat ze een familielid hebben dat patiënt is bij deze tandprotheticus. De Romph: “Daar gaan we natuurlijk niet zomaar in mee. Er moet in zo’n geval écht een tandarts meekijken, dus wordt dan eerst verwezen naar een tandarts van wie bekend is hoe hij of zij werkt en die past bij de patiënt. We noemen dat een warme overdracht. Bij de tandprotheticus is dan het eerste vertrouwen een beetje gevoed. Voor eventueel prothesewerk kan de tandarts dan weer terugverwijzen.”

Vroeger was er misschien nog wel eens spraken van concurrentie tussen tandarts en tandprotheticus, maar daarvan is volgens De Romph eigenlijk helemaal geen sprake meer. Er is schaarste aan zorgverleners en concurrentie is niet nodig. Een tandarts die tandprothetiek leuk vindt en in de vingers heeft, kan daarmee natuurlijk gewoon aan de slag. Met de Zorgstandaard hoopt de ONT bij te dragen aan een zo efficiënt mogelijke inzet van de beschikbare capaciteit.

Onmisbare rol

Vroeger had een tandarts nog veel kennis op het gebied van tandprothetiek, maar de algemeen practicus van tegenwoordig mist die kennis en studenten Tandheelkunde vol-

gen er steeds minder onderwijs in. In vijftig jaar hebben de tandprotheticici daarmee volgens De Romph een onmisbare rol gekregen in het tandheelkundige landschap. De tandprotheticus werkt op het snijvlak van tandtechniek en directe zorgverlening. “Dat is de unieke positie die de tandprotheticus op dit moment invult. Het is ondenkbaar dat de tandprotheticus er niet meer zou zijn, want dan valt er echt een gat in de zorgverlening. Er komen natuurlijk steeds meer gedeeltelijke of hele digitale protheses, maar de handvaardigheid om die te plaatsen in de context van patiëntenzorg is bij uitstek de expertise van de tandprotheticus. We hebben vaak te maken met een kwetsbare doelgroep, bijvoorbeeld mensen met Parkinson of mensen die een hersenbloeding hebben gehad. Comorbiditeit en medicatiegebruik kunnen effecten hebben in de mond. Dat vereist de nodige vaardigheden om een kunststukje of andere uitneembare voorzieningen ook daadwerkelijk in die mond te krijgen.” Dit vereist ook veel aandacht voor de menselijke factor en de psychologische kant. De Romph: “Dat is een belangrijk gegeven. Een panel van Patiëntenfederatie Nederland gaf in een

Lees verder op pagina 14 ►

rapport een paar jaar geleden aan dat tandprotheticici het meest van alle mondzorgverleners tijd en aandacht besteden aan het gesprek rondom de behandeling. Dit is een van de grootste complimenten die je kunt krijgen. Dat is echt cruciaal, want het gaat over de acceptatie van een niet-lichaamseigen onderdeel. Psychologisch is dat een belangrijk gegeven, omdat het aan eigenwaarde is ge-

koppeld. Het gaat over de kleur van de tanden, over de vorm, hoe je lacht, zoent en eet en hoe je eruitziet. Zelfs als je met de best gemaakte prothese als behandelaar als een hork met de patiënt omgaat, wordt die prothese niet makkelijk geaccepteerd. Behalve het technische vakmanschap gaat het ook echt om het zorgverlenerschap."

Er zijn ongeveer vijfhonderd tandprotheticen werkzaam in Nederland,

“Uitgangspunt is
persoonsgerichte
zorg”

die bijna allemaal lid zijn van de ONT. De Romph vindt het lastig om aan te geven of dat aantal voldoende

de is, omdat daarbij diverse niet te beïnvloeden factoren een rol spelen. Zo is sprake van een verschuiving van de tandarts naar de tandprotheticus, vergrijzing van zorgverleners en een patiëntenpopulatie met minder volledige en meer partiële protheses. Mensen behouden langer hun eigen dentitie en worden ouder. Daarnaast is er een verschuiving aan de gang van analoog naar digitaal werken. Die factoren grijpen op elkaar in. Nu stromen jaarlijks rond de twintig

tandprotheticen van de opleiding aan de Hogeschool Utrecht af, maar om de bestaande capaciteit op niveau te houden, zou dat eigenlijk dubbel zo veel moeten zijn.

Het merendeel van de tandprothetici werkt in kleine praktijken met gemiddeld anderhalve medewerker buiten zichzelf. Veel tandprothetici hebben daarnaast een tandtechnisch laboratorium, met gemiddeld meer personeel. De setting maakt volgens De Romph niet zo veel uit. Voor hem hoeft het werken niet onder één dak te zijn, maar zorgverleners moeten elkaar wel makkelijk weten te vinden. Het belangrijkste is dat de tandprothetici in een teamconcept werkt, korte lijnen heeft en goed kan samenwerken met andere mondzorgverleners. "Ze moeten van elkaar weten wat de ander nodig heeft, een heldere verantwoordelijkheidsdeling hebben, geprotocolleerd werken en gegevens uitwisselen."

Zo kan het bijvoorbeeld heel nuttig zijn als een implantoloog en een tandprotheticus vooraf schakelen over de positie van te plaatsen implantaten. Daarnaast vindt De Romph het belangrijk dat gezamenlijke scholing wordt gevolgd.

Hoe is de samenwerking met de tandtechnici en waarom zijn zij eigenlijk niet vertegenwoordigd in de Mondzorgalliantie? De Romph geeft aan dat de samenwerking tussen tandprothetici en tandtechnici op de werkvloer uitstekend is. Als werkgeversorganisaties werken de ONT en de VLHT (Vereniging van Laboratoriumhoudende Tandtechnici) ook goed samen, bijvoorbeeld in het kader van cao-onderhandelingen met de vakbonden. Dat de VLHT – net als de Branchevereniging Tandtechniek – niet in de alliantie zit, komt door de waterscheiding tussen de door de wet beschermde beroepen van tandartsen, mondhygiënist en tandprothetici enerzijds en tandtechnici anderzijds. Met de in de wet BIG vastgelegde beroepstitels komen een andere zelfstandige bevoegdheid en grotere verantwoordelijkheid mee en daarmee volgens De Romph een andere status en juridische inkadering. Bestuurlijk denkt hij dat de Mondzorgalliantie gaat uitgroeien tot een federatie waarbij de krachten gebundeld worden en waar nog meer geformaliseerd samengewerkt gaat worden tussen tandartsen, mondhygiënist en tandprothetici. Dat doet naar zijn idee ook recht aan het werken binnen het teamconcept. Voor de zorg aan kwetsbare ouderen is er al een sectorbreed initiatief. Dat geldt eveneens voor klachten en geschillen. Maar er valt ook te denken aan omgaan met na- en bijscholing en richtlijnontwikkeling. "Als sector kun je veel efficiënter opereren en de beschikbare capaciteit en middelen veel efficiënter inzetten."

Inhoudelijk gaat de ONT sterk inzetten op verdere digitalisering. De belangrijkste vraag is ook daarbij weer hoe dat het best kan vanuit patiënt-gericht perspectief. "Het is namelijk niet efficiënt als elke tandarts of tandprotheticus een eigen digitaal straatje gaat ontwikkelen. Dat is veel te duur. Dit heeft ook weer consequenties voor praktijkvoering, financiering en opleidingen en biedt dus kansen voor verdere samenwerking," aldus de voorzitter van de halve eeuw oude ONT. ■

ADVERTENTIE

Paro Endo

NVvP

Dieper kijken

Gooiland Hilversum 22/11/2025



**Van pulpa tot pocket.
De route van de paro-endolaesie**
Drs. Aukje Bouwman
Drs. Camille Cammaert





Nederlandse Vereniging
voor Parodontologie



Nederlandse
Vereniging
voor
Endodentologie



Van mond tot hart: paro & endo bacteriën en het belang van verantwoord antibiotica gebruik
Dr. Adelina Plachokova
Dr. Jaap ten Oever





Digitale beeldvorming: 2D, CBCT of misschien wel MRI
Dr. Joerd van der Meer

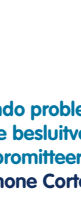


Paro-endo problematieken: klinische besluitvorming bij parodontaal gecompromitteerde elementen
Drs. Simone Cortellini



Van mond tot hart: paro & endo bacteriën en het belang van verantwoord antibiotica gebruik
Dr. Adelina Plachokova
Dr. Jaap ten Oever





Van 8 tot 80: paro-endo afwegingen in iedere levensfase
Dr. Nicky Beukers
Drs. Dieuwertje de Groot-Kuin



De keuze tussen behoud of vervanging van een element vereist maatwerk en interdisciplinaire samenwerking. Tijdens het NVvP-NvE najaarscongres 2025 'Dieper Kijken' belichten diverse experts vanuit de parodontologie en endodontologie waarom deze samenwerking essentieel is. Het resultaat is een bijzonder blikverruimend programma. Hoe u dat evidence based én praktisch in de praktijk kunt oppakken, is duidelijk na het bijwonen van dit NVvP-NvE najaarscongres op 22 november aanstaande in het Gooiland, Hilversum. Inschrijven kan eenvoudig op www.nvvp.org.

Nederlandse Vereniging
voor Parodontologie



Gezond fundament

























Column
Stephan Tjiook

Schouderklopje voor jezelf

Wellicht heb je weleens gehoord van Kyle Stanley, een bekende Amerikaanse tandarts uit Beverly Hills. Hij is zo'n rolmodel dat fantastische tandheelkunde bedrijft, op grote internationale podia spreekt, een prachtig gezin heeft – kortom: iemand tegen wie menig collega opkijkt.

Maar ondanks alle successen kwam Kyle op een gegeven moment met zichzelf in de knoop. Na diverse persoonlijke uitdagingen te hebben overwonnen, profileert hij zich tegenwoordig als een groot pleitbezorger van mentale gezondheid in de tandheelkunde.

Ik zie Kyle regelmatig op Instagram met vooral content over *mental health in dentistry*. En ik denk dat dat ontzettend goed is. Nu ik zelf midden in de opbouw zit van een praktijk vanaf nul in Nijmegen-Noord, kan ik beamen dat tandarts een behoorlijk veeleisend beroep is.

Gemiddeld zien we als tandarts zo'n 12 tot 25 patiënten op een dag. Dat betekent dus zeker 15 keer per dag 'mooi weer spelen': de professioneel happy tandarts zijn die rust uitstraalt en het gesprek gaande houdt, terwijl het achter de schermen soms een chaos is. In de mond moet je constant scherp zijn, zodat je niets over het hoofd ziet en je je restauraties netjes legt. Binnen een behandeling neem je tientallen micro-beslissingen op de vierkante millimeter. Daar komt dan nog van alles bij. Vragen van assistentes en collega's, een pijnklacht tussendoor, een apparaat dat niet werkt, een patiënt die te laat komt of klaagt over de rekening, techniekwerk dat niet op tijd binnen is... En er moeten ook mails beantwoord worden, taken worden opgepakt, machtigingen aangevraagd en af en toe een klacht worden besproken. En dan wil je natuurlijk ook nog netjes op tijd lopen en het gezin thuis de aandacht geven die het verdient.

Gelukkig vind ik tandarts-zijn leuk, maar het is niet altijd makkelijk. Ik snap ook heel goed dat dit beroep niet bij iedereen even goed past. De druk is hoog – afhankelijk van hoeveel druk je jezelf oplegt. Hebben wij even geluk dat de meesten van ons perfectionistisch zijn. Hoewel we 'alleen' een inspanningsverplichting moeten leveren, eisen patiënten tegenwoordig een resultaatsverplichting. En dan ben ik nog niet eens de praktijkhouder...

Daarom, hierbij een schouderklopje voor jou, want ik weet hoe zwaar het werk soms kan zijn. Zorg ervoor dat je je dag laat bepalen door de positieve momenten. Geniet bijvoorbeeld van dat ene compliment van je teamlid of patiënt. En mocht je dat een keer niet krijgen, geef het dan gewoon aan jezelf.

Stephan Tjiook is tandarts, coach & founder van DNTSTRY University: dé social learning community voor young professionals. Versnel jouw ontwikkeling als tandarts met onze maandelijkse masterclasses. Meer informatie: dntstryuniversity.com

Tandheelkundig hulp van Ivoclar Joy nu ook op de Filipijnen

LIECHTENSTEN – Met het hulpprogramma Ivoclar Joy bevordert de Ivoclar Groep uit Liechtenstein de bewustwording over preventieve zorg en biedt het wereldwijd behandelingen aan kinderen en jongvolwassenen aan in minder bevoorrechte landen als Ghana, Cambodja en Peru. Daar is nu ook de Filipijnen bij gekomen.

Het doel van Ivoclar Joy is om tandbederf te voorkomen en het hoge aantal

van schoolverlaters als gevolg van tandpijn terug te dringen. Daarmee nemen de scholingskansen toe en verbetert de kwaliteit van leven voor de betrokken kinderen. Van januari 2023 tot december 2024 hebben zo meer dan 12.000 patiënten in totaal meer dan 24.000 tandheelkundige behandelingen gekregen. Bij veel scholen en instellingen is daarnaast de bewustwording over preventieve mondzorg vergroot en zijn er trainingsinitiatieven gestart.

Ivoclar Joy was al actief in Ghana, Cambodja en Peru en nu dus ook in de provincie Palawan in het westen van de Filipijnen. Bij projecten van Ivoclar Joy wordt samengewerkt met lokale universiteiten en ziekenhuizen. Het opleiden en inzetten van lokale professionals die de plaatselijke situatie goed kennen is cruciaal voor het doel van het programma om blijvend en betekenisvol impact te maken. Bij alle projecten worden de *outreach*

teams ondersteund met een mobiele tandartsunit voor hun werk ter plekke. Deze units maken behandelingen mogelijk in afgelegen regio's en zijn volledig uitgerust met Ivoclar-materialen en -instrumenten. Alle behandelingen worden uitgevoerd volgens een driefasen benadering: preventie en mondhygiëne, kleine restauraties en eenvoudige vullingen en chirurgische procedures. ■

Bron: Ivoclar

ADVERTENTIE



Met een witte glimlach ziet jouw wereld er stralender uit

Opalescence streeft ernaar uw patiënten een stralende, witte glimlach te bezorgen, waardoor ze er niet alleen fantastisch uitzien, maar zich ook zo voelen. Zo maken we van goede dagen nog betere dagen. Als de nummer 1 op het gebied van professionele bleekbehandelingen¹ heeft Opalescence al meer dan 100 miljoen glimlachen laten stralen.¹ Dat zijn heel veel betere dagen.

Opalescence[™]
tooth whitening systems



Kijk voor meer informatie over onze bleekbehandelingen op ultradentproducts.nl/brighterworld en geef uw patiënten meer redenen om stralend te glimlachen.

1. Gegevens bij ons in het archief.



nl.ultradent.blog

ULTRADENTPRODUCTS.NL
© 2025 Ultradent Products, Inc. Alle rechten voorbehouden.



Een overzicht van de toepassingsmogelijkheden en nuttige tips

Een esthetische en biomimetische benadering met een glashybride systeem voor directe restauraties

Glasionomeer (GI) werd geïntroduceerd in 1970.¹ Momenteel worden GI's op grote schaal gebruikt voor opbouwen, als basis of liner en voor het cementeren van stiften, kronen en vaste bruggen. Hoewel ze tal van voordelen hebben, werden de eerste GI's voor anterieure restauraties als te ruw of onesthetisch beschouwd vanwege hun opaciteit. Ook waren ze niet duurzaam genoeg voor posterieure restauraties. GI's zijn sindsdien echter sterk verbeterd. De meeste van de aanvankelijke tekortkomingen zijn inmiddels door de fabrikant opgelost. In 2007 werd EQUIA (GC) gelanceerd, een restauratief systeem bestaande uit een GI en een synergetisch lichtuithardend nano-gevuld coatingmiddel.

TEKST: PROF. ZEYNEP BILGE KÜTÜK

EQUIA werd het eerste op GI gebaseerde systeem dat kan worden geïndiceerd voor permanente klasse II-restauraties, zij het met beperkte caviteitsgrootte. Acht jaar later werd het eerste glashybridesysteem gelanceerd, EQUIA Forte (GC), voortbouwend op het succes van EQUIA. Dankzij de nieuwe glashybride restauratieve technologie konden de indicaties voor EQUIA Forte worden uitgebreid tot dragende klasse II-restauraties (maar zonder betrokkenheid van de *cuspside*). Hoewel composietharsen vaak de eerste keuze zijn voor directe esthetische restauraties, kunnen GI's in bepaalde gevallen geschikter zijn. In dit artikel geef ik een overzicht van de toepassingsmogelijkheden van het glashybridesysteem EQUIA Forte HT en noem ik nuttige tips aan de hand van klinische casussen.

Eigenschappen bulkfill-materialen

EQUIA en EQUIA Forte restauratieve systemen kunnen beide gemakkelijk in 'bulk' direct in de caviteit worden geplaatst, vergelijkbaar met amalgaam, zonder beperkte diepte van de uitharding. Bovendien kunnen ze in korte tijd (ongeveer 3 minuten) en zonder adhesieve procedure worden geplaatst. Om deze reden zijn ze een van de beste keuzes voor *échte* bulkvulling. Ze genereren

niet de krimpspanningen die optreden bij composietrestauraties en hun elasticiteitsmodulus leunt aan bij die van dentine, waardoor ze een uniek biomimetisch dentine vervangend materiaal zijn. GI's en glashybriden vormen een ionische chemische binding met het calcium in het hydroxyapatiet van zowel glazuur als dentine. Hoewel het reinigen van de caviteit met een milde conditioner (10 of 20% polyacrylzuur) nuttig kan zijn, is er geen voorbehandeling van de tand vereist. De hechting van GI aan de tandstructuur is minder techniekgevoelig dan die van composietharsen en de kwaliteit ervan neemt met de tijd toe.⁴ In 2005 rapporteerden Peumans et al.⁵ dat GI-restauraties betere retentie en klinische prestaties vertoonden dan adhesieve composietsystemen. Bovendien vereisen kunstharscomposieten een droog oppervlak en moeten ze idealiter onder een rubberdam worden geplaatst om contaminatie tijdens het plaatsen te voorkomen.

Gunstige fysische en biologische eigenschappen

De opbouw van posterieure elementen met diepe cariëslaesies vormt nog steeds een uitdaging vanwege het ontbreken van voldoende resistente restauratieve materialen met gunstige biologische eigenschappen. Voorheen hadden

GI's hun beperkingen in dragende zones vanwege hun geringere mechanische eigenschappen, en vereisten ze regelmatige controle als ze als permanente restauratie werden geplaatst.² De lichtuithardende coating (EQUIA Coat en EQUIA Forte Coat) van de restauratieve systemen EQUIA en EQUIA Forte HT maakt ze esthetischer, geeft de restauraties een glanzend uiterlijk, dicht de randen af, zorgt voor slijtvastheid en beschermt tegen overtollig vocht totdat de maturatie voltooid is, wat resulteert in een hogere druksterkte. Op basis van mijn klinische ervaringen meen ik dat het gebruik van GI en glashybride restauratieve systemen in capsules variaties in behandelingen minimaliseert en bevredigende resultaten geeft bij tanden met diepe carieuze laesies, vooral bij jonge patiënten. De bekendste eigenschap van GI's is de continue afgifte van fluoride. Onmiddellijk nadat zuur in contact komt met het GI-oppervlak, komen fluoride-ionen vrij en worden deze zuren geneutraliseerd. Fluoride-ionen kunnen ook worden geresorbeerd door de GI-restauratie en door deze terug 'op te laden' met een fluoridetandpasta of een mondspoeling met fluoride. De polymeermatrix van composietharsen daarentegen laat geen ionenuitwisseling met de orale omgeving toe. Als er wat zacht geïnfecteerd dentine op de pulpawand achterblijft en de holte afgedicht wordt met een materiaal zoals GI, stopte de cariësp Progressie en gaat deze soms zelfs achteruit. Naast hun rol bij remineralisatie worden fluoride-, calcium-, fosfaat- en strontiumionen overgedragen van GI naar het diep gedemineraliseerde dentine. De pulpa kan dus vitaal blijven zonder pulpacapping en postoperatieve gevoeligheid.³

Prof. Zeynep Bilge Küçük studeerde in 2007 af aan de Hacettepe University School of Dentistry (Turkije) en begon in 2009 aan haar doctoraatsstudie aan de afdeling Restauratieve Tandheelkunde van dezelfde universiteit. Ze werkte met een beurs van de Continentale Europese Divisie (CED/IADR) van de International Association for Dental Research (IADR) in de onderzoekslaboratoria van de afdeling Restauratieve Tandheelkunde van de Ludwig Maximilians Universiteit in München en promoveerde in 2015. Sinds 2009 is zij lid van de IADR en sinds 2017 universitair docent. Ze heeft artikelen gepubliceerd in internationale en nationale tijdschriften, nam deel aan internationale trainin-



gen over minimaal invasieve esthetische toepassingen en is trainer in *hands-on* cursussen over esthetische restauraties.

Voordelen hybride glastechnologie

Wat glashybride onderscheidt van andere conventionele GI-restauratiemiddelen is de chemie. De zeer reactieve fluoroaluminosilicaat (FAS) microvulstoffen (<4 µm) werden toegevoegd aan de standaard FAS-glasvullerdeeltjes van EQUIA Fil. De microvulstofdeeltjes geven meer metaalionen af, die de crosslinking van de polyacrylzuurmatrix en de algehele mechanische eigenschappen verbeteren. Bovendien bevat de EQUIA Forte Fil-vloeistof een polyacrylzuur met een hoog moleculair gewicht, dat helpt om de chemische stabiliteit, de zuurbestendigheid en de fysische eigenschappen van het uitgeharde product te verbeteren. De lichtuithardende, nano-gevulde kunstharscoating (EQUIA Forte Coat) werd verbeterd door een reactief multifunctioneel monomeer op te nemen dat de slijtvastheid verhoogt, een hogere polymerisatieconversiegraad

vertoont, een dünnere laag vormt en zorgt voor een gladder oppervlak voor de uiteindelijke restauratie.

Klinische proeven op lange termijn

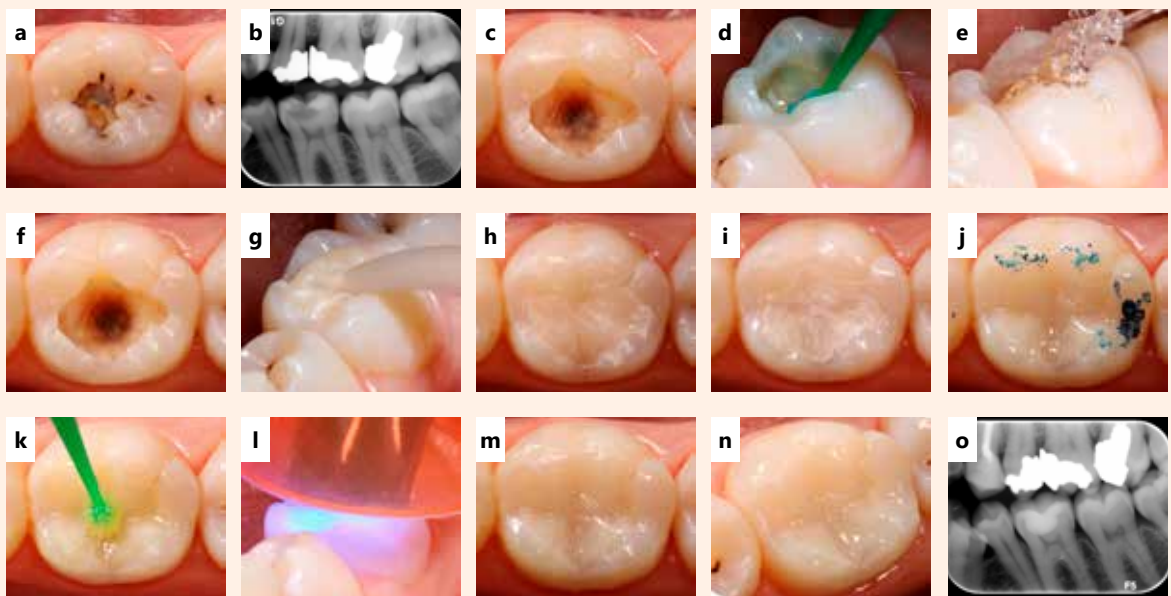
Klinische langetermijnstudies van het EQUIA-restauratieve systeem behaalden klinisch succesvolle resultaten bij klasse-I en klasse II-laesies.⁶⁻¹⁰ Onder leiding van professor Gurgan evalueerden we de klinische prestaties van het EQUIA-restauratieve systeem in conservatieve klasse-I- en -II-caviteiten en vergeleken deze met een microhybride composiet (Gradia Direct Posterior; GC). Inmiddels is deze achtjarige evaluatie afgerond. Beide geteste restauratiematerialen hadden na acht jaar een acceptabel slagingspercentage. Het EQUIA-restauratieve systeem werd gebruikt als routinematig restauratief bij

[Lees verder op pagina 17](#)

Casus 1. Behandeling van een diepe occlusale carieuze laesie met EQUIA Forte HT

EQUIA Forte HT werd gebruikt bij een 34-jarige patiënte voor de spoedbehandeling van een vitale onderste eerste molaar (tand 36) met een diepe, grote carieuze laesie (figuur 1a). De vitaliteit van de tand werd eerst bevestigd door pulpatesten en er werd een röntgenfoto gemaakt om de diepte van de laesie te verifiëren (figuur 1b). Er werd lokale anesthesie gegeven en cariës werd verwijderd met behulp van wolframcarbide boren (Busch "AU" Carbide Burr – TF1AU). Geïnfecteerd dentine werd verwijderd met een curette (figuur 1c). De caviteitswanden werden gedurende 10 seconden gereinigd met 20% polyacrylzuur (Cavity Conditioner, GC) (figuur 1d), grondig gespoeld met water (figuur 1e) en voorzichtig gedroogd (figuur 1f). EQUIA Forte HT-capsules werden geactiveerd en gemixt gedurende 10 seconden, waarna het materiaal in een voldoende hoeveelheid rechtstreeks in bulk in de caviteit werd aangebracht met een speciale applicator (figuur 1g). EQUIA Forte HT werd met een kunststof handinstrument tegen de caviteit gecondenseerd en circa 2,5 minuten onaangeroerd gelaten om uit te har-

den (figuur 1h). Dit restauratiemiddel vereist geen speciale oppervlaktecoating tijdens de uithardingsreactie. Het afwerkingsproces werd uitgevoerd met behulp van roterende instrumenten in twee stappen: a) taps toelopende bijsnij- en afwerkingsboren van wolframcarbide werden gebruikt voor het vormen van de fissuren en occlusale anatomie van de restauratie; b) vlamvormige rubberen punten (blauw en grijs) werden gebruikt voor het polijsten (figuur 1i). Alle boren en polijstrubbers werden gebruikt onder waterirrigatie om te voorkomen dat het restauratiemiddel te veel uitdroogde. De occlusale contactpunten werden gecontroleerd (figuur 1j). Een laatste laag van het coatingmiddel (EQUIA Forte HT Coat) werd zonder luchtblazen op het oppervlak van de restauratie aangebracht (figuur 1k). Vervolgens werd het gedurende 20 seconden lichtuitgehard met een D-Light DUO LED-uithardingsapparaat bij 1400 mW/cm² (figuur 1l). De uiteindelijke klinische en radiografische beelden van de restauratie zijn te zien in de figuren 1m-o, die een uitstekende contour en esthetiek tonen.



a. Klinisch beeld van een diepe occlusale carieuze laesie met cavitatie in een mandibulaire linker eerste kies. **b.** Bijtvleugel röntgenfoto van diepe occlusale carieuze laesie in een verplichte linker eerste kies. **c.** Klinisch beeld van de holte na het verwijderen van de cariëslaesie. **d-f.** Toepassing van Cavity Conditioner. **g.** Aanbrengen van de EQUIA Forte HT op de holte. **h.** Klinische weergave van de restauratie vóór het polijsten. **i.** Klinische kijk op de restauratie na polijsten. **j.** Occlusiecontrole met articulatiepapier. **k.** Aanbrengen van EQUIA Forte HT Coat op het restauratieoppervlak. **l.** Lichtuitharding van de EQUIA Forte HT-laag. **m-n.** Klinische kijk op de restauratie. **o.** Röntgenfoto van de restauratie.

► Vervolg van pagina 16

de behandeling van blijvende tanden aan de Hacettepe University School of Dentistry Restorative Dentistry Clinics, waar ik vanaf 2009¹¹ klinische studies uitvoerde. In 2015 zijn we opnieuw begonnen met een klinische studie onder leiding van professor Gurgan en hebben we de klinische prestaties van het EQUIA Forte-restauratiesysteem in grote klasse-II-caviteiten geëvalueerd en vergeleken met een microhybride composiet (G-ænial Posterior, GC). Volgens de resultaten van onze klinische studie vertoonden EQUIA- Forte-restauraties een verwaarloosbaar retentiefalen en kleurverschil; beide restauratiematerialen vertoonden succesvolle prestaties voor de restauratie van grote klasse II-caviteiten na 24 maanden.¹²

Om het klinische succes van deze restauraties te verbeteren, zijn de volgende elementen belangrijk:

1. Volg de indicaties betreffende de caviteitsgrootte.
2. Gebruik gevormde metalen sectionele matrixsystemen om caviteiten die meerder oppervlakken omvatten te herstellen.
3. Geprepareerde oppervlakken moeten er vochtig (glinsterend) uitzien. Niet uitdrogen!
4. Verwijder de matrix niet voordat de restauratie is uitgehard en doe dit voorzichtig.
5. Wacht totdat de glans van de restauratie verdwijnt voordat je gaat contoureren.
- 6 Rond de proximale rand van de restauratie af en controleer de occlusie, zodat je er zeker van bent dat de restauratierand correct is geplaatst.
7. Gebruik handinstrumenten die niet aan het onuitgeharde restauratiemateriaal plakken voor de adaptatie aan de caviteitswanden.
8. Gebruik thermo-utharding met een LED-uthardingsapparaat vóór het polijsten.
9. Gebruik de coating.■

Referenties

1. Wilson AD, Kent BE. A new translucent cement for dentistry. The glass ionomer cement. *Br Dent J.* 1972;132:133-135.

2. Combe EC, Burke FTJ, Douglas WH. *Clinical Dental Materials.* Kluwer Academic Publishers; 1999.

3. Frankenberger R, Garcia-Godoy F, Kramer N. Clinical Performance of Viscous Glass Ionomer Cement in Posterior Cavities over Two Years. *Int J Dent.* 2009;781462. doi: 10.1155/2009/781462.

4. Davidson CL. Advances in glass-ionomer cements. *J Appl Oral Sci.* 2006;14 Suppl:3-9.

5. Peumans M, Kanumilli P, De Munck J, Van Landuyt K, Lambrechts P, Van Meerbeek B. Clinical effectiveness of contemporary adhesives: a systematic review of current clinical trials. *Dent Mater.* 2005;21:864-881.

6. Gurgan S, Kütük ZB, Ergin E, Oztas SS, Cakir FY. Clinical performance of a glass ionomer restorative system: a 6-year evaluation. *Clin Oral Investig.* 2017;21:2335-2343.

7. Gurgan S, Kütük ZB, Ergin E, Oztas SS, Cakir FY. Four-year randomized clinical trial to evaluate the clinical performance of a glass ionomer restorative system. *Oper Dent.* 2015;40:134-143.

8. Diem VT, Tyas MJ, Ngo HC, Phuong LH, Khanh ND. The effect of a nano-filled resin coating on the 3-year clinical performance of a conventional high-viscosity glass-ionomer cement. *Clin Oral Investig.* 2014;18:753-759.

9. Basso M, Brambilla E, Benites MG, Giovannardi M, Ionescu AC. Glassionomer cement for permanent dental restorations: a 48-months, multi-centre, prospective clinical trial. *Stoma Edu J.* 2015;2:25-35.

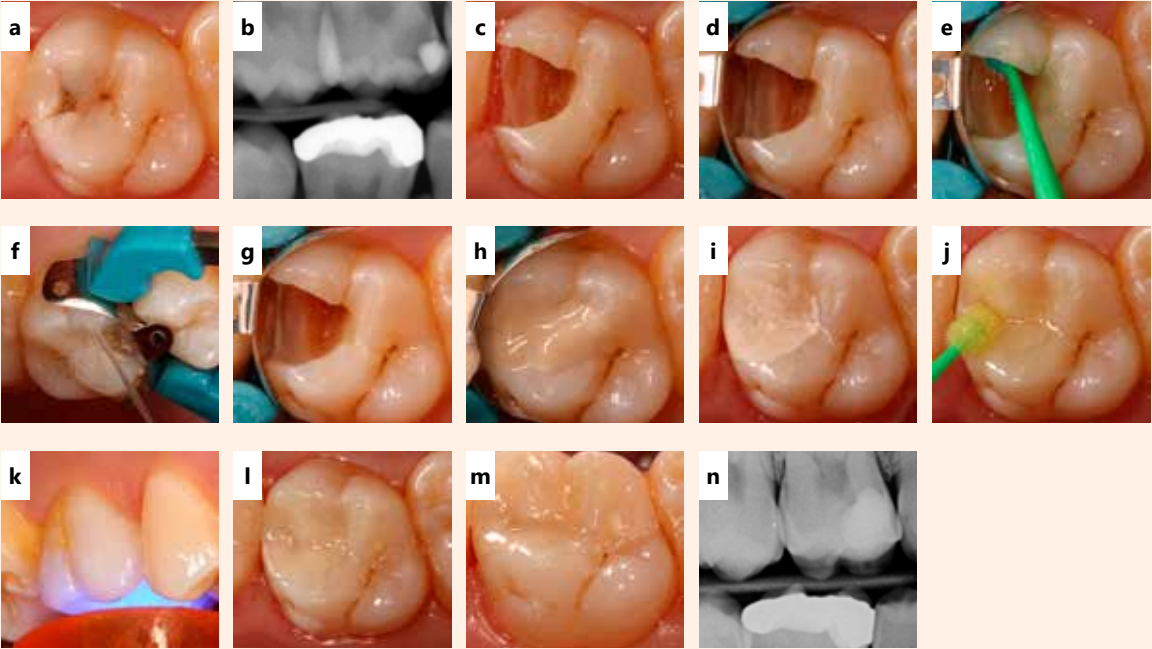
10. Turkun LS, Kanik O. A Prospective Six-Year Clinical Study Evaluating Reinforced Glass Ionomer Cements with Resin Coating on Posterior Teeth: Quo Vadis? *Oper Dent.* 2016;41:587-598.

11. Kütük ZB, Ergin E, Yalcin FY, Gurgan S. 8-Year Clinical Evaluation of a Glass Ionomer Restorative System. *J Dent Res.* 2017;96B(0287).

12. Kütük ZB, Ozturk C, Soleimani R, Yalcin FY, Gurgan S. Clinical Performance of a Glass-Hybrid Restorative in Extended-Size Class-II Cavities. *Int Dent J.* 2018;68 Suppl. 2(60).

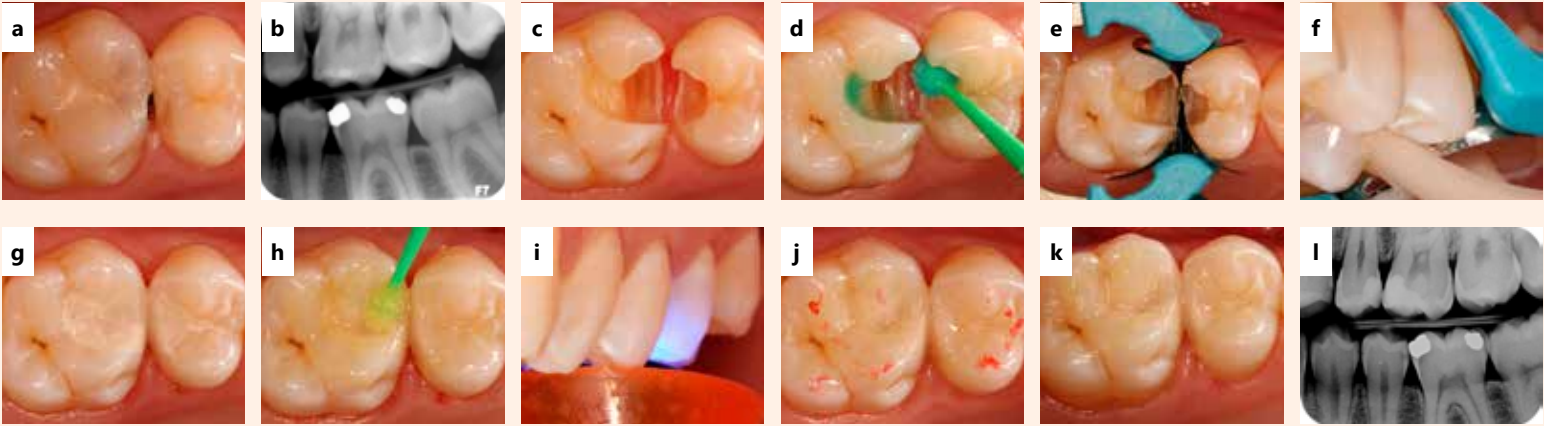
Casus 2a. Behandeling van een diepe proximale secundaire carieuze laesie met EQUIA Forte HT

Naast de procedures die in de eerste casus werden uitgevoerd, werd in dit geval een sectioneel matrixsysteem gebruikt voor de restauratie van de klasse-II-caviteit. Voor het contouren van de marginale kammen van de restauraties werden grove/medium (40 µm) polijstschijsjes gebruikt. Een 19-jarige patiënt presenteerde zich met een voorgeschiedenis van een hoog cariësperscentage en een hoge incidentie van recidiverende cariës. In de afbeeldingen wordt een falende composietrestauratie getoond in een maxillaire rechter eerste molaar, die aan vervanging toe is. De oude MO-composietrestauratie en secundaire cariës werden verwijderd. Om de kans op verdere recidiverende cariës te verkleinen, werd de voorkeur gegeven aan EQUIA Forte HT in plaats van composiet voor de restauratievervanging.



a. Klinisch beeld van een diepe proximale secundaire carieuze laesie met cavitatie in een eerste kies rechtsboven. **b.** Bitewing radiografisch beeld van diepe occlusale carieuze laesie in een eerste kies rechtsboven. **c.** Klinisch beeld van de holte na verwijdering van de oude composietrestauratie en cariëslaesie. **d.** Plaatsing van de sectionele matrix om proximaal contact uit te voeren. **e-g.** Toepassing van Cavity Conditioner. **h.** Aanbrengen van de EQUIA Forte HT op de holte. **i.** Klinische weergave van de restauratie na het verwijderen van de sectionele matrix metalen band en polijsten. **j.** Aanbrengen van EQUIA Forte HT Coat op het restauratieoppervlak. **k.** Lichte uitharding van EQUIA Forte HT Coat. **l-m.** Klinische opvattingen van de restauratie. **n.** Röntgenfoto van de restauratie.

Casus 2b. Behandeling van gecontacteerde proximale carieuze laesies met EQUIA Forte HT

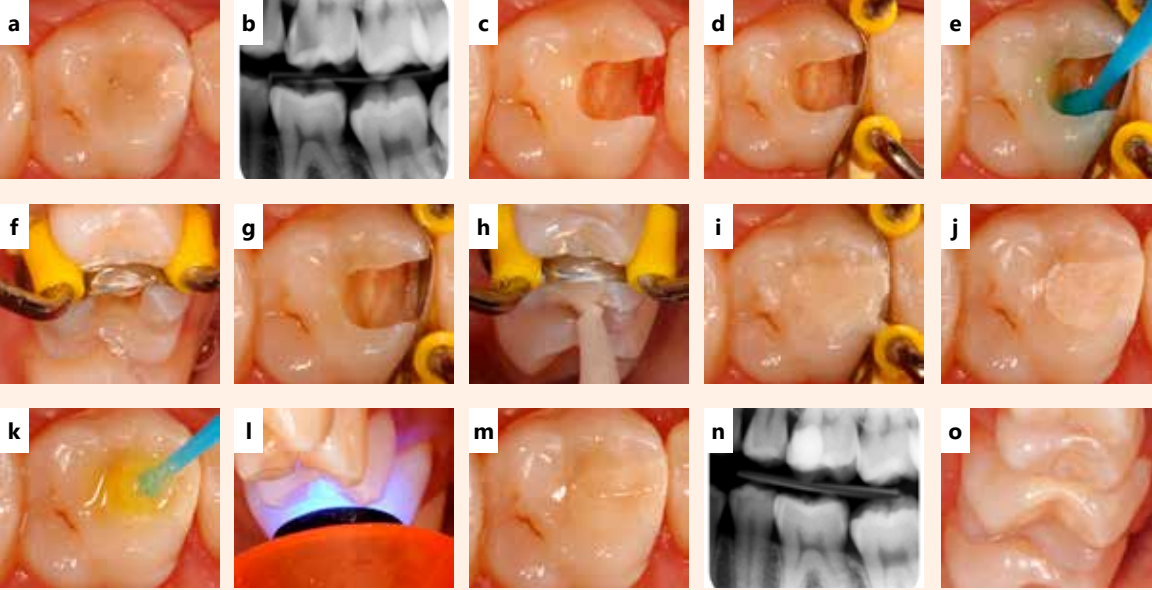


Hier worden de behandelingsstappen van primaire proximale carieuze laesies in de maxillaire linker, tweede premolaar en eerste molaar weergegeven.

a. Klinisch beeld van twee aangrenzende proximale carieuze laesies met cavitatie in een eerste kies linksboven en tweede premolaar. **b.** Bitewing radiografische weergave van proximale carieuze laesies in een eerste kies linksboven en tweede premolaar. **c.** Klinisch beeld van de holtes na het verwijderen van cariëslaesies. **d.** Toepassing van Cavity Conditioner. **e.** Plaatsing van een sectioneel matrixsysteem om de proximale contacten te creëren. **f.** Aanbrengen van de EQUIA Forte HT op de holtes. **g.** Klinische weergave van de restauratie na het verwijderen van de sectionele matrix metalen band en polijsten. **h.** Aanbrengen van EQUIA Forte HT Coat op de restauratieoppervlakken. **i.** Lichtuitharding van de EQUIA Forte HT-laag. **j.** Occlusiecontrole met articulatiepapier. **k.** Klinische opvattingen van de restauraties. **l.** Radiografische weergaven van de restauraties.

Casus 3. Behandeling van een diepe proximale carieuze laesie met EQUIA Forte HT

Een 22-jarige patiënte met een diepe proximale cariëslaesie in de linker maxillaire eerste molaar meldde zich aan. Om de postoperatieve gevoeligheid en het visuele onbehagen weg te nemen, werd de voorkeur gegeven aan het herstellen van de caviteit met EQUIA Forte HT in plaats van composiet. In de afbeeldingen worden de behandelingsstappen van deze diepe proximale cariëslaesie in tand 26 getoond.



a. Klinisch beeld van een diepe proximale carieuze laesie in een eerste kies linksboven. **b.** Bitewing röntgenfoto van diepe proximale carieuze laesie in een eerste kies linksboven. **c.** Klinisch beeld van de holte na het verwijderen van cariëslaesie. **d.** Plaatsing van de sectionele matrix om het proximale contact te creëren. **e-g.** Toepassing van Cavity Conditioner. **h-i.** Aanbrengen van de EQUIA Forte HT op de holte. **j.** Klinische weergave van de restauratie na polijsten. **k.** Aanbrengen van EQUIA Forte HT Coat op het restauratieoppervlak. **l.** Lichtuitharding van EQUIA Forte. **m.** Klinische kijk op de restauratie. **n.** Röntgenfoto van de restauratie. **o.** Klinische weergave van de marge van de restauratie van verschillende kanten.

Burn-out bij tandheelkundige teams VK door structurele problemen

DUNDEE, SCHOTLAND – Een baanbrekend Brits onderzoek heeft aangetoond dat stress en burn-out onder tandheelkundig personeel grotereels voortkomen uit structurele problemen, met name binnen de National Health Service (NHS), waarbij sommige professionals melding maken van “ernstige psychische problemen, waaronder suïcidale gedachten”. De auteurs waarschuwen dat deze problemen zonder dringende hervormingen zowel het welzijn van het personeel als de patiëntenzorg zullen blijven schaden.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

In bestaand onderzoek wordt gesteld dat “chronische stress op de werkplek een groeiende zorg is, omdat deze de geestelijke gezondheid van tandheelkundige professionals ernstig kan schaden en een negatieve invloed kan hebben op hun vermogen om passende zorg te verlenen”. Dit is een zorg die onlangs ook is opgepakt door het *British Dental Journal*, dat een reeks artikelen heeft geïnitieerd over het onderwerp stress op de werkplek binnen de tandheelkunde.

In lijn met deze toenemende aandacht voor de psychologische stress van het beroep gedurende een aanhoudende nationale tandheelkundige crisis, heeft de MINDSET U.K. 2023-enquête, geleid door de Britse onderzoeks- en implementatiegroep voor de geestelijke gezondheid van tandheelkundige teams, reacties verzameld van meer dan 1.500 leden van tandheelkundige teams, onder wie tandartsen, tandheelkundige zorgverleners, praktijkmanagers en receptionisten. Dit leidde tot een alarmerend beeld van de werksituatie van 287 respondenten. Er kwamen zes belangrijke stressfactoren naar voren: werkdruk; druk vanuit het NHS-systeem; naleving van regelge-

ving, klachten van patiënten en rechtszaken; financiële druk; leiderschap en management; en eigenwaarde.

Een ondraaglijke werkdruk was de meest voorkomende klacht, die nog werd verergerd door problemen met werving en behoud van personeel. Een respondent zei: “Het aantal patiënten en de vraag zijn veel groter dan tandartsen nu aankunnen en dat heeft gevolgen voor alle niveaus van het personeel, van de receptie tot de behandelkamer.”

Het NHS-systeem – met name het *units of dental activity system* – werd in de enquête breed bekritiseerd. Respondenten meldden “constante druk en stress door onhaalbare doelstellingen van de NHS” en waren van mening dat er “geen positieve toekomst is voor de tandheelkunde binnen de NHS” zonder ingrijpende hervormingen. Velen waren al overgestapt naar een particuliere praktijk vanwege “minder druk, minder klachten en ... minder [stress]”.

Ook de angst voor regelgeving en rechtszaken speelt een zwaarwegende rol. Tandartsen brachten dit expliciet onder woorden: “De sfeer die door de regelgevende instanties wordt ge-



FOTO: ADOBESTOCK

creëerd, de voortdurende angst voor disciplinaire maatregelen, de voortdurende angst voor rechtszaken en het gevoel gegijzeld te worden door patiënten met bijbedoelingen” hebben “het plezier uit de tandheelkunde gehaald”.

De financiële druk werd ook sterk gevoeld en mondzorgverleners wezen op de lage lonen die geen recht doen aan de inspanningen en toewijding die het werk vereist. Voor praktijkhouders vormden de stagnerende financiering door de NHS en de stijgende kosten een bedreiging voor de continuïteit.

Medewerkers meldden dat ze onder druk stonden om doelstellingen te halen ten koste van de kwaliteit van de zorg.

De kwaliteit van het leiderschap is een andere cruciale factor, waarbij slechte communicatie en een gebrek aan ondersteuning de stress nog vergroten. Een laag zelfbeeld komt veel voor, zoals blijkt uit de opmerking: “Het moreel van het tandheelkundige team is ondermaats. We krijgen te weinig geld en worden ondergewaardeerd, en eerlijk gezegd zijn we het zat.”

De studie concludeerde dat de hui-

dige reactieve aanpak ontoereikend is en dat veranderingen op macroniveau essentieel zijn om tandheelkundige teams in staat te stellen zich te ontwikkelen en zich gewaardeerd te voelen. Zonder deze veranderingen wordt het beroep geconfronteerd met een toenemend aantal gevallen van burn-out, uitval en risico's voor de veiligheid van patiënten.

Het artikel, getiteld ‘Me, we, they: Identifying the key stressors affecting the dental team’ werd op 8 augustus 2025 gepubliceerd in het *British Dental Journal*.■

Vooruitgang met gekweekte tanden in het laboratorium

LONDEN, ENGELAND – Uit onderzoek blijkt dat tandheelkundige epitheelcellen en mesenchymale cellen samen in-vitro tandachtige structuren kunnen vormen, zogenaamde organoïden, die de structuur en ontwikkeling van tanden nabootsen en kunnen uitgroeien tot functionele organen. Onderzoekers hebben verschillende biomaterialen onderzocht om deze te kweken, maar bij veel daarvan ontbreekt een nauwkeurige controle over de eigenschappen. Een recente studie heeft een nieuwe aanpak geïntroduceerd waarbij gebruik wordt gemaakt van aanpasbare hydrogels op basis van gelatine, waardoor de omgeving van het materiaal beter kan worden gecontroleerd om de vorming van tandorganoïden te onderzoeken en te ondersteunen. De studie benadrukt het potentieel van bio-engineered tanden als alternatief voor tandheelkundige restauraties.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

In de studie hebben onderzoekers van King's College London en Imperial College London het proces van vroege tandontwikkeling nagebootst in een laboratoriumomgeving met behulp van de hydrogels die werden gesynthetiseerd om de belangrijkste kenmerken van de natuurlijke tandmatrix te simuleren. Dit materiaal stelde de gekweekte cellen in staat om te integreren en zich te organiseren tot tandorganoïden.

Hoofdauteur Xuechen Zhang, PhD-student aan de Faculty of Dentistry, Oral and Craniofacial Sciences aan King's College London, zei in een persbericht: “In het laboratorium gekweekte tanden zouden op natuurlijke wijze kunnen regenereren en als echte tanden in de kaak kunnen integreren. Ze zouden sterker en duurzamer zijn en geen risico op afstoting met zich meebrengen, waardoor ze

een duurzamere en biologisch compatibele oplossing bieden dan vullingen of implantaten.”

Volgens Zhang slaagden eerdere pogingen van tandregeneratie er weliswaar in om tandknopachtige structuren te vormen, maar ontbrak het de gebruikte biomaterialen aan de fijne controle die nodig is om de gemaakte cellulaire interacties na te bootsen die tijdens de natuurlijke tandontwikkeling plaatsvinden. Dit nieuwe materiaal creëert een meer levensechte omgeving, waardoor de cellen geleidelijk aan met elkaar kunnen integreren, wat beter aansluit bij de manier waarop tandontwikkeling in het lichaam plaatsvindt.

Stap naar klinische toepassing

Nu de voorwaarden voor tandregeneratie met succes zijn vastgesteld,



FOTO: ADOBESTOCK

werken de onderzoekers eraan om de bevindingen uit het laboratorium te vertalen naar klinisch gebruik bij patiënten. Om dit te bereiken, onderzoeken ze twee belangrijke benaderingen: het rechtstreeks transplanteren van onrijpe tandcellen naar de plaats van de ontbrekende tand om natuurlijke groei in de mond mogelijk te maken en het kweken van een complete tand in het laboratorium voordat deze in de mond van de patiënt wordt geïmplantatoerd.

Het onderzoek maakt deel uit van een

breder initiatief op het gebied van regeneratieve geneeskunde, dat erop gericht is de biologische processen van het lichaam te benutten om beschadigde weefsels en organen te herstellen of te vervangen. In plaats van afhankelijk te zijn van kunstmatige materialen, ontwikkelen wetenschappers natuurlijke alternatieven door stamcellen te kweken in zorgvuldig ontworpen biologische omgevingen. Medeauteur dr. Ana Angelova Volponi, directeur van het postdoctorale programma in regeneratieve tand-

heelkunde aan het King's College London, merkte op: “Naarmate het vakgebied zich verder ontwikkelt, kan de integratie van dergelijke innovatieve technieken een revolutie teweegbrengen in de tandheelkundige zorg en duurzame en effectieve oplossingen bieden voor tandherstel en -regeneratie.”

De studie, getiteld ‘Generating tooth organoids using defined bioorthogonally cross-linked hydrogels’ is gepubliceerd in het decembernummer van 2024 van *ACS Macro Letters*.■

Backer Dirks PreventiePrijs2026

Voortrekkersrol van prof. dr. Otto Backer Dirks in de preventieve mondzorg

Op 11 april 2026 wordt op het congres van het Ivoren Kruis bekendgemaakt wie de Backer Dirks PreventiePrijs2026 heeft gewonnen voor het beste initiatief op het gebied van preventieve mondzorg. Deze prijs is niet voor niets genoemd naar prof. dr. Otto Backer Dirks. In de vorige eeuw speelde hij een belangrijke rol in de preventieve mondzorg.

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Na het succes van de PreventiePrijs2024 hebben het Ivoren Kruis en *Dental Tribune* besloten deze prijs te continueren. Iedereen die zich met creatieve en interessante ideeën inzet voor de preventieve mondzorg kan meedingen (zie de oproep onder dit artikel) naar de prijs die is omgedoopt tot Backer Dirks PreventiePrijs2026. Met die naamswijziging willen de initiatiefnemers hun waardering uitspreken voor de voortrekkersrol die Otto Backer Dirks (1917-2005) heeft gespeeld in de tweede helft van de vorige eeuw. De oudere tandartsen zullen zich hem nog wel herinneren, maar voor de jongeren zal dat waarschijnlijk minder gelden. Daarom hier een korte schets van zijn rol in de tandheelkunde.

Fluoride en cariës

Otto Backer Dirks studeerde tandheelkunde in Utrecht, grotendeels tijdens de Tweede Wereldoorlog. Na het behalen van zijn diploma werkte hij enkele jaren in een algemene praktijk. Zijn bijzondere interesse ging echter uit naar wetenschappelijk onderzoek. Hij bestudeerde onder meer de rol van bacteriën bij cariës, in samenwerking met J. van Amerongen de latere hoogleraar conserverende tandheelkunde in Utrecht, en de hoogleraar bacteriologie dr. K.C. Winkler. Ook deed hij met behulp van röntgenfotografie (wat toen nieuw was) onderzoek naar het effect van fluoridetandpasta op cariësontwikkeling.

Bekend werd Backer Dirks vooral van het omvangrijke onderzoek naar het effect van drinkwaterfluoridering, dat in 1953 startte in de gemeenten Tiel en Culemborg. Dit befaamde onderzoek staat ook internationaal nog steeds hoog aangeschreven. Hij onderzocht met zijn team van TNO de invloed van waterfluoridering op het gebit en de eventuele nadelige gevolgen op de algemene gezondheid. Het effect op cariësreductie was hoog. Die reductie lag rond de 65% bij jongeren van 15 jaar die vanaf hun geboorte gefluorideerd drinkwater hadden gebruikt. Het onderzoek leverde ook fundamentele kennis op over het herstellen van laesies en remineralisatie. Mede op basis van dit onderzoek kreeg hij de H. Trendley Dean Memorial Award van de International Association for Dental Research en benoemde de European Organisation for Caries Research hem tot erelid. In Utrecht maakte Backer Dirks verder carrière en werd hij lector in de bacteriologie van de mondholte en later hoogleraar preventieve tandheelkunde aan de faculteit Tandheelkunde van de Universiteit Utrecht. Vanuit die functies en als lid van adviescommissies van de Gezondheidsraad en de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid en namens het Ivoren Kruis en de NMT (nu KNMT) heeft hij zich ingespannen voor algehele invoering van drinkwaterfluoridering in Nederland. Dat is echter niet gelukt, omdat politici, beleidsmakers en de algemene opinie begin jaren zeventig drinkwaterfluoridering steeds meer waren gaan zien als ‘gedwongen medicatie’. Algehele invoering kwam er dus niet. Maar het cariësprobleem had wel veel meer aandacht gekregen door het onderzoek naar waterfluoridering. Dat leidde tot diverse grootschalige voorlichtingsprojecten om gezonde voeding en een betere mondhygiëne te bevorderen. Op initiatief van Otto Backer Dirks werd ook het project ‘Kin-



Prof. d. Otto Backer Dirks.

dertandverzorging’ opgezet om de mondgezondheid van jongs af aan te verbeteren. Hij stimuleerde dat daarbij de samenwerking werd gezocht met de schoolartsdienst en consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters.

Breed actief

Op vele gebieden was Backer Dirks actief. Hij wist niet alleen wetenschappelijk geïnteresseerde tandartsen aan zich te binden maar ook wetenschappers op aanverwante terreinen, zoals de biochemie. Onder zijn leiding deden velen promotieonderzoek. Maar ook maatschappelijk was hij actief. Zo was hij van 1964-1977 voorzitter van het Ivoren Kruis, net zoals

zijn vader dat eerder was geweest. Hij professionaliseerde de organisatie en om meer uniformiteit te krijgen in de tandheelkundige voorlichting en opleidingen werd mede op zijn initiatief het Adviescollege Preventie Mond- en Tandziekten opgericht. Het Ivoren Kruis kende hem voor zijn verdiensten de Carl Witthaus-medaille toe en benoemde hem tot erevoorzitter. Hij maakte ook 22 jaar deel uit van het bestuur van het *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde (NTvT)*, waarvoor hij in 1993 werd benoemd tot erelid. De NMT benoemde hem eveneens tot erelid en de Nederlandse Vereniging van Tandartsen (NVT) kende hem de Theodoor Dentzmedaille toe.

Verder spande hij zich enorm – en met succes – in om geld in te zamelen voor nieuwe huisvesting van het Tandheelkundig Museum in het Utrechts Universiteitsmuseum. Op zijn 75e verjaardag ontving hij daarvoor de erepenning van de Universiteit Utrecht.

En tot slot kreeg hij voor al zijn wetenschappelijk en maatschappelijke werk en inspanningen een koninklijke onderscheiding en werd hij benoemd tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau.

Het is duidelijk dat Backer Dirks een enorm grote bijdrage heeft geleverd op het gebied van preventieve mondzorg. Het Ivoren Kruis en *Dental Tribune* vernoemen de preventieprijs – met toestemming van zijn nazaten – dan ook graag naar hem: Backer Dirks PreventiePrijs! We hopen daarmee vooral dat veel mooie nieuwe initiatieven op het gebied van preventieve mondzorg bekend en gedeeld worden. Het moet toch een eer zijn om een prijs met die naam te winnen!■

Sponsoring door Stichting Backer Dirks Fonds

De Backer Dirks PreventiePrijs2026 wordt gesponsord door de Stichting Backer Dirks Fonds. Deze stichting, die in 1984 is opgericht, heeft als doel “het bevorderen van wetenschapsbeoefening op het terrein der Tandheelkunde in het bijzonder door studenten Tandheelkunde.” Dit doet het onder meer door prijzen voor onderzoek toe te kennen aan die studenten of aan anderen die zich hierin verdienstelijk hebben gemaakt. Studenten worden dan ook nadrukkelijk uitgenodigd met hun onderzoek mee te dingen naar de Backer Dirks PreventiePrijs2026.

OPROEP INZENDINGEN VOOR BACKER DIRKS PREVENTIEPRIJS2026 OPROEP

Ding mee naar de Backer Dirks PreventiePrijs2026

Heb jij een vernieuwend project dat van betekenis kan zijn voor de preventieve mondzorg? Mogelijk werk je met kinderen, ouderen of een kwetsbare doelgroep. Of is je interventie juist toepasbaar voor een heel breed publiek? Je preventieve aanpak kan net dat verschil maken aan de stoel, maar ook van belang zijn in een ruime maatschappelijke context. De prijs is voor het meest bijzondere, inspirerende of spraakmakende initiatief op het gebied van preventieve mondzorg.

De Backer Dirks PreventiePrijs2026 is een initiatief van het Ivoren Kruis en *Dental Tribune* en wordt gesponsord door Colgate en door de Stichting Backer Dirks Fonds. **Waarmee maak je kans?** • Projecten met impact op gedrag, bewustwording en/of toegankelijkheid van mondzorg. • Actuele, creatieve en effectieve interventies die preventief bijdragen aan betere mondgezondheid. • Projecten die interprofessionele samenwerking (zorg, onderwijs, welzijn) stimuleren.

• Eigen onderzoek in studies of scripties naar (nieuwe) producten en methoden, **Stuur je inzending in vóór 15 januari 2026.** Een jury beoordeelt de inzendingen op actualiteit, impact, originaliteit en maatschappelijke relevantie. Zie voor meer informatie en de voorwaarden voor deelname: www.ivorenkruis.nl/preventieprijs2026 Mail je inzending naar: preventieprijs@ivorenkruis.nl. Daar kun je ook terecht met vragen.



Waaruit bestaat de prijs? Uit de inzendingen nomineert de jury de drie beste. Deze inzendingen worden in het maartnummer van *Dental Tribune* gepubliceerd. De Backer Dirks PreventiePrijs2026 wordt uitgereikt op het jaarcongres

van het Ivoren Kruis, op **11 april 2026**. Dan wordt bekendgemaakt wie van de genomineerden de eerste, tweede en derde prijs heeft gewonnen. Bij de eerste prijs hoort een bedrag van 250 euro, bij de tweede prijs 150 euro en bij de derde prijs 100 euro. Daarnaast ontvangen alle prijswinnaars een oorkonde. Op de diverse mediakanalen van het Ivoren Kruis en *Dental Tribune* volgt de nodige publiciteit voor de prijswinnende preventieprojecten. *Preventie verdient een prijs!*

Alfa-galsyndroom: tekenallergie heeft verborgen risico's voor mondgezondheid

BALTIMORE, VS – Het alfa-galsyndroom is een vertraagde allergische reactie op een specifiek koolhydraatmolecuul dat voorkomt in vlees van zoogdieren en bepaalde medische producten. Dat heeft belangrijke, maar onderbelichte implicaties voor de tandheelkunde. In een recent literatuuronderzoek en case report hebben onderzoekers uit de VS reacties op het alfa-galsyndroom in relatie met tandheelkundige producten onderzocht en meerdere materialen en ingrediënten geïdentificeerd die risico's kunnen opleveren voor getroffen patiënten. Hun bevindingen benadrukken de dringende noodzaak van bewustwording, zorgvuldige productselectie en samenwerking met medisch specialisten om ernstige allergische reacties in de tandheelkundige setting te voorkomen.

TEKST: IVETA RAMONAITE, DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Volgens de Amerikaanse Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zijn er tussen 2010 en 2022 meer dan 110.000 vermoedelijke gevallen van alfa-galsyndroom geïdentificeerd in de VS, waarvan meer dan 90.000 tussen 2017 en 2022. Dat wijst op een opvallende toename van het aantal gevallen in de afgelopen jaren. De CDC meldt dat ten minste 90% van de patiënten met het alfa-galsyndroom reageert op rood vlees en dat bijna 52% anafylaxie ontwikkelt. Omdat de symptomen vaak 3 tot 8 uur na blootstelling optreden, kan het moeilijk zijn om de oorzaak te achterhalen. Hoewel de meeste gevallen verband houden met beten van een teek (*lone star tick*), die veel voorkomt in de zuidelijke staten van de VS, zijn er in het hele land patiënten gediagnosticeerd en komen er ook meldingen uit andere landen. De aandoening treft alle leeftijdsgroepen en de gemiddelde leeftijd bij diagnose is 48 jaar. Hoofdauteur van de studie, dr. John K. Brooks, klinisch professor aan het Department of Oncology and Diagnostic Sciences aan de University of Maryland School of Dentistry in Baltimore, vertelde *Dental Tribune International* dat zijn interesse in het alfa-galsyndroom in 2022 begon en werd ingegeven door het gebrek aan

informatie over dit onderwerp in de tandheelkundige literatuur: "Ik had in onze tandheelkundige kliniek een patiënte onderzocht met een voorgeschiedenis van het alfa-galsyndroom. Ze gaf een gedetailleerde beschrijving van complicaties, met name het gebruik van een antibioticum voor een tandinfectie. Ze verklaarde dat het antibioticum was verpakt in een gelatinecapsule op basis van rundvlees, wat leidde tot een mogelijk ernstige allergische reactie. Deze uitkomst zette me ertoe aan om de medische literatuur te raadplegen om meer te weten te komen over deze aandoening en na te gaan of andere patiënten soortgelijke ervaringen hebben gehad." Over zijn literatuuronderzoek en case report merkte hij op: "Ik heb geleerd dat het speeksel van een *lone star tick* een complex koolhydraat bevat. Als iemand door deze teek wordt gebeten, bereidt die stof het immuunsysteem voor op hernieuwde blootstelling. Als men vervolgens wordt blootgesteld aan voedingsmiddelen (voornamelijk rood vlees en zuivelproducten), medicijnen en andere medische of tandheelkundige producten die vergelijkbare chemische verbindingen bevatten als het speeksel van de teek, kan men een acute overgevoelighedsreactie ontwikkelen, waaronder



ademhalingsmoeilijkheden, huiduitslag, jeuk en – wat zorgwekkend is – anafylaxie." Als onderdeel van het onderzoek analyseerden prof. Brooks en zijn team een breed scala aan tandheelkundige producten, waarbij ze ingrediëntenlijsten doorzochten, veiligheidsinformatiebladen bekeken en apotheken bezochten om de samenstelling te controleren. "Er zijn veel tandheelkundige producten die verbindingen kunnen bevatten die een alfa-galreactie kunnen stimuleren, zoals hemostatische oplossingen, hechtmaterialen, tandpasta's, kunstmatige speekselvervangers, fluoridegels, weefsel- en bottransplantatiematerialen, tandprophylaxepasta's en mondwaters," zei hij. "Veel van de bovengenoemde

producten bevatten gelatine, collageen, glycerine en andere verbindingen die bij herhaalde blootstelling een reactie kunnen veroorzaken."

“Er zijn veel tandheelkundige producten die verbindingen kunnen bevatten die een alfa-galreactie kunnen stimuleren.” — Prof. John K. Brooks, Universiteit van Maryland

Het team identificeerde ook vijf gedocumenteerde gevallen van alfa-galreacties in verband met tandheelkundige ingrepen: vier met bloedstelpende middelen en één in verband met een gelatinecapsule. In alle gevallen was medische noodhulp nodig. In het licht van de bevindingen benadrukte prof. Brooks dat bewustwording en preventieve maatregelen essentieel zijn. Aangezien het aantal gevallen blijft stijgen, spelen tandheelkundige professionals een cruciale rol bij het identificeren van risicopatiënten en het voorkomen van levensbedreigende allergische reacties in de tandartsstoel. "Mondzorgverleners moeten bekend zijn met het alfa-galsyndroom en de ingrediënten van tandheelkundige producten zorgvuldig controleren voordat ze deze bij de betreffende patiënten gebruiken. Wanneer een patiënt heeft vermeld dat hij of zij deze aandoening heeft gehad, moet de behandelende arts overleggen met de allergiespecialist of internist van de patiënt om op de hoogte te worden gebracht van de relevante chemische stoffen die de aandoening veroorzaken en om te informeren naar de behandelingsstrategieën die zijn toegepast. Bovendien moet de behandelend arts voorbereid zijn op het behandelen van een noodsituatie in verband met een ernstige allergische reactie."

Het literatuuronderzoek en het case report getiteld 'Alpha-gal syndrome: Potential for a hypersensitivity reaction after the use of dental products', zijn juli 2025 online gepubliceerd in het *Journal of the American Dental Association*. ■

Onderzoek naar ontstekingen witte snus

GÖTEBORG, ZWEDEN – Een toenemend aantal pijnlijke, langzaam genezende ontstekingen in de monden van gebruikers van witte snus in Zweden heeft geleid tot een oproep van professionals en academici in de gezondheidszorg voor verder onderzoek. Witte snus is een nieuw oraal product dat nicotine uit tabaksbladeren snel afgeeft en groeit in populariteit, vooral onder jongere Zweden. Volgens een van de onderzoekers die betrokken is bij een onlangs gestart onderzoek aan de Universiteit van Göteborg zijn de orale laesies die ontstaan bij gebruikers van witte snus anders dan die veroorzaakt worden door traditionele bruine snus en vormen ze een reden tot bezorgdheid.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

In een persbericht van de universiteit wordt uitgelegd dat het nieuwe onderzoek een direct resultaat is van patiënten die door tandartsen zijn doorverwezen naar de universiteit. Bruine snus wordt al generaties lang door Zweden geconsumeerd en dit tabaksproduct veroorzaakt rimpels en een witte verdikking van het slijmvlies. De ontsteking die wordt waargenomen bij gebruikers van witte snus is opmerkelijk anders. Deze resulteert in rode, pijnlijke laesies die bij sommige patiënten uitgroeien tot zweren. De laesies lijken langzamer te genezen dan laesies veroorzaakt door bruine snus. Terwijl laesies die geassocieerd worden met de traditionele variant binnen enkele weken na het stoppen met het gebruik kunnen genezen, kan het tot

twaalf maanden duren voordat laesies die het gevolg zijn van het gebruik van witte snus genezen. Dr. Gita Gale, tandarts en universitair hoofddocent mondziekten, leidt het onderzoek. In het persbericht zegde: "We maken ons meer zorgen over deze laesies. Ze zijn heel anders, met roodheid en dunner wordend slijmvlies. Weefselmonsters tonen ernstige ontstekingen aan en we raden gebruikers aan om onmiddellijk te stoppen met het gebruik van snus als ze problemen ontwikkelen of veranderingen opmerken." Naast andere ingrediënten, zoals smaak- en zoetstoffen, bevat witte snus natriumcarbonaat. Hierdoor kan nicotine snel door het slijmvlies dringen en in de bloedbaan terechtkomen,



wat zorgt voor een krachtige hit. Het onderzoek is erop gericht om de bestaande leemte in de kennis over de effecten van het gebruik van witte snus op de mondgezondheid op te vullen. Het gecertificeerde tabakvrije product wordt al meer dan tien jaar in Zweden verkocht en het SOM-instituut van de Universiteit van Göteborg schat dat

25% van de Zweden in de leeftijd van 16-29 jaar regelmatig snuift. Het percentage vrouwelijke regelmatige gebruikers in deze leeftijdsgroep is zelfs nog hoger, namelijk 27%. Dr. Gale benadrukte dat het hoge gebruiksniveau onder jongeren reden tot zorg is, vooral gezien het feit dat er weinig bekend is over de langeter-

mijneffecten van witte snus. In de komende vijf jaar zal met een netwerk van lokale tandheelkundige klinieken in ziekenhuizen onderzocht worden wat de veranderingen in het slijmvlies zijn als gevolg van het gebruik van witte snus, waaronder de ernst van ontstekingen en veranderingen in het mondweefsel. ■

Negatieve invloed van depressie op diversiteit van het orale microbioom

NEW YORK, VS – De prevalentie van mondziekten en depressie zal de komende decennia naar verwachting toenemen. Recente bevindingen suggereren dat er een verband tussen beide bestaat. Een nieuwe studie, uitgevoerd door onderzoekers in de VS en China, heeft het verband tussen depressieve symptomen en orale dysbiose onderzocht en aangetoond dat depressie significant verband houdt met een verminderde diversiteit van het orale microbioom. Hoewel het verband tussen darmmicrobiota en geestelijke gezondheid al uitgebreid is onderzocht, onderstreept deze studie de noodzaak van verder onderzoek naar de rol van het orale microbioom bij psychiatrische aandoeningen.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Depressie is een urgent wereldwijd gezondheidsprobleem en het verband met de algehele gezondheid is sterk onderbouwd. Volgens de WHO lijdt ongeveer 3,8% van de wereldbevolking aan depressie, waarbij vrouwen ongeveer 50% vaker aan deze aandoening lijden dan mannen. Ondanks de prevalentie en de impact op de kwaliteit van leven, zijn de onderliggende biologische mechanismen van depressie nog maar deels bekend, wat de ontwikkeling van effectieve preventie- en behandelingsstrategieën belemmert. De onderzoekers beschrijven hun werk als een nieuwe benadering van onderzoek naar geestelijke gezondheid. Hoewel het darmmicrobiom in deze context uitgebreid is bestudeerd,

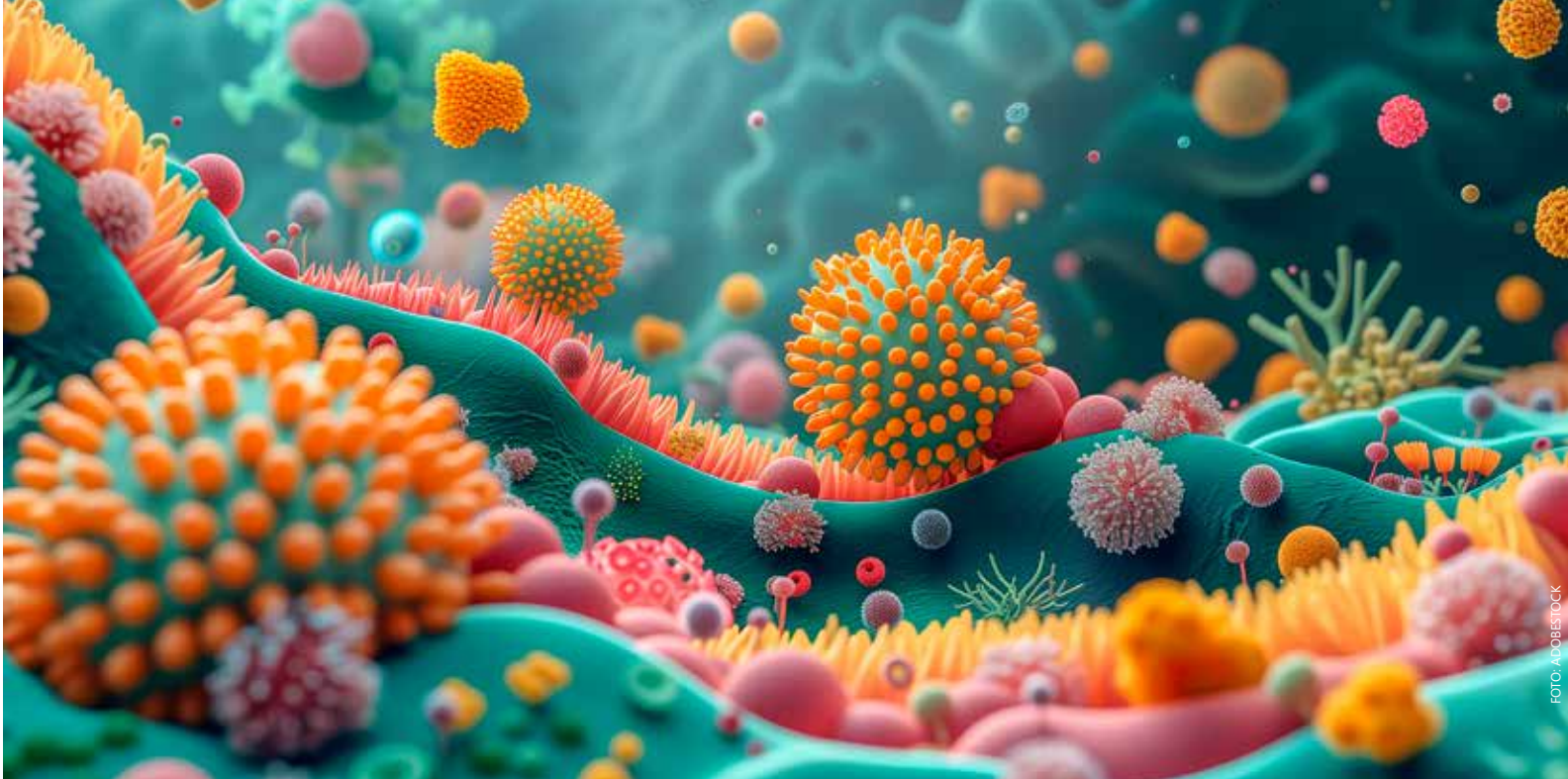


FOTO: ADOBESTOCK

benadrukken ze dat het orale microbiom de op een na grootste microbiële verzameling is in het menselijk lichaam. Het bevat tot wel een biljoen bacteriën en speelt een cruciale rol bij immunomodulatie en fysiologische functies. Veranderingen in de samenstelling van de orale microben zijn eerder in verband gebracht met cardiovasculaire, endocriene, immuun-, neurologische en gastro-intestinale aandoeningen, evenals met een verscheidenheid aan orale pathologieën. Deze crosssectionele analyse is gebaseerd op gegevens uit de Natio-

nal Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) van 2009-2012, die mondspoelbehandelingen van 15.018 deelnemers omvatte. Bijna de helft (49,51%) daarvan was vrouw, 946 hadden een klinische diagnose van depressie en de gemiddelde leeftijd van de steekproef was 42,2 jaar. De studie beoordeelde de diversiteit van het orale microbiom aan de hand van twee veelgebruikte meetmethoden: alfadiversiteit, gekwantificeerd aan de hand van het waargenomen aantal amplicon sequence variants, en bètadiversiteit, gemeten aan de hand

van de *Bray-Curtis dissimilarity*. De auteurs vonden een significante negatieve correlatie tussen alfadiversiteit en depressieve symptomen. Ook de bètadiversiteit varieerde aanzienlijk tussen deelnemers met en zonder depressie, wat wijst op verschillende microbiële gemeenschapsstructuren. Hoewel de studie geen causaliteit kon vaststellen – of depressie het orale microbiom verandert of vice versa –, concludeerden de onderzoekers dat een verminderde orale microbiële diversiteit significant geassocieerd is met depressieve stoornissen. Ze suggereer-

den dat “deze bevindingen benadrukken dat orale microbiota kan dienen als een voorspellende biomarker voor depressie. Bovendien hebben diagnostische en therapeutische benaderingen op basis van orale microbiota een groot potentieel voor de interventie en behandeling van depressieve stoornissen.” De studie, getiteld ‘Relationship between depression and oral microbiome diversity: Analysis of NHANES data (2009-2012)’ werd op 5 juni 2025 gepubliceerd in *BMC Oral Health*. ■

Bij luxatie van melktanden is risico op blijvende schade het grootst bij jonge kinderen

KOPENHAGEN, DENEMARKEN – Traumatisch tandletsel aan het melkgebit, met name luxaties zoals intrusie, avulsie, laterale luxatie en subluxatie, leidt tot een aanzienlijk risico op ontwikkelingsstoornissen in het blijvend gebit. Een recent retrospectief cohortonderzoek heeft dit risico gekwantificeerd. Het toonde ook aan dat zowel een jongere leeftijd ten tijde van het letsel als een grotere ernst van de luxatie de kans op restverschijnselen bij het zich ontwikkelende blijvend gebit aanzienlijk vergroot.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

De studie, uitgevoerd door onderzoekers van de Universiteit van Kopenhagen en Rigshospitalet, onderstreepte de hoge incidentie van mondtrauma's bij kleuters en merkte op dat die tot 17% van de verwondingen bij kinderen uitmaken. Het onderzoek benadrukte verder dat melktanden vaak betrokken zijn bij trauma's vanwege hun prominente positie en anatomische kwetsbaarheid. Het onderzoek had tot doel het risico op ontwikkelingsstoornissen in het blijvende gebit – afgebakende opaciteit, diffuse opaciteit, hypoplasie en misvorming – na verschillende verwondingen aan de melktanden te beoordelen. De onderzoekers analyseerden klinische en radiografische follow-upgegevens van 206 patiënten en 360 aangetaste tanden, vergeleken met 1.057 gemitachte controletanden van

dezelfde kinderen. Het cohort werd op het moment van het letsel in drie leeftijdsgroepen ingedeeld (0-2 jaar, 3-4 jaar en 5 jaar en ouder). De gevolgen werden gecategoriseerd als afgebakende opaciteit, diffuse opaciteit, hypoplasie en misvorming. De bevindingen wezen erop dat traumatisch letsel aan melktanden het risico op gevolgen voor het blijvende gebit meer dan zeven keer zo groot maakte. Bovendien bleek ernstig trauma op jongere leeftijd het risico nog verder te verhogen. Zo hadden kinderen van 0-2 jaar met laterale luxatie, intrusie of avulsie significant meer kans op hypoplasie of misvorming dan oudere leeftijdsgroepen. In alle leeftijdsgroepen werden zowel afgebakende als diffuse opaciteiten waargenomen na verschillende luxatieverwondingen, waaronder subluxatie en extrusie.



FOTO: ADOBESTOCK

De studie onderstreept het belang van voorlichting aan zorgverleners en klinici over het kritieke karakter van luxatieverwondingen in de vroege kinderjaren en de noodzaak van snelle beoordeling en langduri-

ge follow-up – met name bij kinderen jonger dan 3 jaar – om mogelijke gevolgen voor het blijvende gebit op te sporen en te behandelen. De studie, getiteld ‘Sequelae in permanent dentition after traumatic

dental injury in the primary dentition—a retrospective cohort study’, werd op 4 maart 2025 online gepubliceerd in het *International Journal of Paediatric Dentistry*, voorafgaand aan opname in een uitgave. ■

Column
Erik Ranzijn



Afgekeurd

Wij kochten ons huis 37 jaar geleden en sindsdien is het regelmatig een bron geweest van verschillen van mening of inzicht met allerlei instanties die bijna zonder uitzondering deel uitmaakten van de gemeentelijke overheid. Ten tijde van de aanschaf stond het pand in de boeken als ‘bedrijfspand met bovenwoning’. Wij nestelden ons in het bedrijfsgedeelte, want de dienstwoning was al verhuurd. De directiekamer werd onze slaapkamer en de administratieruimte werd onze zitkamer. De ‘cantine’ werd logischerwijze de keuken. Voor de werkplaats hadden we vooralsnog geen andere bestemming bedacht.

Kort nadat de akte bij de notaris was gepasseerd, ontvingen we een ambtelijk schrijven dat we geen woonvergunning kregen omdat we ingeschreven stonden in een bedrijfsruimte en dat we enige tijd in de gelegenheid werden gesteld om een andere domicilie te regelen. Ook in die tijd was de woningnood hoog en na enig heen en weer schrijven kreeg het hele pand een woonbestemming en was het probleem opgelost. Zo kan het dus ook. Daarna volgden nog intrigerende interacties met de Dienst Vergunningen over een verbouwing, de Dienst Gemeentebelastingen over de hoogte van de WOZ en Bouw- en Woningtoezicht over de brandveiligheid van een gedeeld trappenhuis. Met uitzondering van mijn bezwaar tegen de onroerendzaakbelasting heb ik al deze zaken in mijn voordeel beslecht. We hebben nu het plan om de voorma-

lige dienstwoning van onze woning te splitsen om deze mettertijd apart te kunnen verkopen. Op de website van de gemeente stond een hele lijst van eisen waaraan het pand daarvoor moest voldoen en een opsomming van documenten die met de aanvraag meegestuurd zouden moeten worden. Een van die eisen was een keuringsrapport van de gas- en elektra-installatie door een gecertificeerd bureau. Via via vond ik een installatiebureau dat werd gerund door een voormalig docent elektrotechniek aan het ROC. Dat klonk mij wel vertrouwd. Een halfuur voordat hij en zijn collega zouden komen, werd er aangebeld. Ik deed open en daar stonden een man en een vrouw met ieder een schoudertas en een vriendelijke lach. Even dacht ik dat het Jehova’s getuigen waren, maar daarvoor waren ze te formeel gekleed. Hij vooral: lange grijze haren in een staart,

korte spijkerbroek en vrolijke sokken in klittenbandsandalen. Een van de etages van de bovenwoning had ik zelf verbouwd, waarbij ik ook de elektra zelf had aangelegd. Stilletjes hoopte ik op complimenten van de professional, maar het tegendeel werd al snel duidelijk. “Dit klopt dus niet” en “dat moet anders” en “dit gaat dus helemaal niet” volgden elkaar op. Ontgoocheld kon ik het niet laten hem te vragen of hij vroeger zijn leerlingen ook op deze manier feedback gaf. Mijn cynische ondertoon niet herkenkend, of negerend, bevestigde hij dit en mondjesmaat kreeg ik een blik op zijn laatste jaren in loondienst. Hij stelde hoge eisen aan zijn leerlingen, omdat met gas en elektriciteit niet te spotten valt. Uiteindelijk leerden ze het allemaal wel, maar zo zei hij: “Zachte leermeesters maken stinkende wonden.” Na een langdurig conflict met zijn directie werd hij door de bedrijfsarts afgekeurd. Net als mijn installatie.

Erik Ranzijn is psycholoog en oprichter van Roovos Organisatieontwikkeling. Hij traint en begeleidt tandartsen en tandartspraktijken op het gebied van organisatie en professionalisering. Contact: erik@roovos.nl.

Nieuwsflitsen

Tand-in-oogoperatie

Drie Canadese oogpatiënten hebben door een eigen tand die in hun oog is geplaatst weer een beetje zicht (ongeveer 10%) terug. Een van hun hoektanden, die in hun wang begroeid is met bindweefsel, vervangt het hoornvlies in hun oog. De patiënten kijken dan door een soort kokertje. Het voordeel van de tand is dat die stevig is en lichaamseigen. Het is een complexe operatie die slechts mogelijk is voor een beperkt aantal patiënten.

de Volkskrant, 20 augustus 2025



FOTO: ADOBESTOCK

kennelijk niet zien tussen een mobiel en een icepack.

Nu.nl

Evolutionair bepaald

“Onze drang naar zoet, vet en calorierijk is nu eenmaal evolutionair bepaald. We willen zo eten,” aldus internist-endocrinoloog en hoogleraar Martijn Brouwers, naar aanleiding van zijn boek over DNA en de voedselindustrie. “De overheid is aan zet.”

de Volkskrant, 14 juni 2025

Geen toneelstukje meer

Columnist Thomas van Luyn noemt zich een rommelige poetser en een nalatige stoker. Maar hij wil niet anders en doet niet meer mee aan de eenakter: ‘De Strengere Tandarts en de Knikkende Patiënt’. Hij zocht er de tandarts op uit die ook niet van preken houdt.

de Volkskrant

Maaltand

We benoemen voortanden, snijtanden, maar niet maaltanden. Guus Middag verwondert er zich daarom over dat die term in een gedicht stond. Verder zoekend kwam hij ook de termen baktand, kaaktand, kauwtand, kies en molaar tegen.

Onze Taal, 4-2025

Boete voor icepack tegen wang

Bellen achter het stuur levert een boete van 439 euro op. Je kunt die boete ook krijgen met een icepack tegen je wang, zo merkte een vrouw uit Den Bosch die zo auto reed na het trekken van verstandskiezen. De camera kon het verschil

Quiz

Antwoorden quiz van pagina 4.

1. Het tweede mesiobuccale kanaal van een bovenmolaar bevindt zich iets mesiaal van de verbindingslijn van het mesiobuccale kanaal met het palatinale kanaal.

2. Een tweede kanaal bij een onderincisief is buccaal of linguaal gelegen ten opzichte van het eerste kanaal.

Deze quizvragen zijn afkomstig uit het programma *Identificeren en lokaliseren van het complete wortelkanaalstelsel*, AccreDidact-Tandarts,Prelum 2019-2.

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper

Meld je aan voor het laatste mondzorgnieuws!

Ontvang je de gratis nieuwsbrief van Dental Tribune Nederland al, met wekelijks het laatste mondzorgnieuws uit binnen- en buitenland? En ontvang je (zelf) al gratis deze papieren krant?

Ga naar nl.dental-tribune.com/account/newsletter en meld je aan!

Volg ons ook op Facebook, Instagram en Twitter



Colofon

Dental Tribune verschijnt achttmaal per jaar en is een uitgave van OEMUS MEDIA AG, onder licentie van Dental Tribune International.

Uitgever

OEMUS MEDIA AG

Hoofredacteur

Reinier van de Vrie, MA

Redactie

Suzanne Loohuis, MA

Vaste medewerkers

Casper Bots, Henk Brand, Suzanne Loohuis, Richard Mastwijk, Erik Ranzijn, Stephan Tjiook

Adviseur

Marcel Spek (Fresh Tandartsen)

Redactieadres

Redactie Dental Tribune
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-algemeen-practici, 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. Behoor je tot de doelgroep en ontvang je het maandblad nog niet? Meld je dan aan via het inschrijfformulier op www.dental-tribune.com

Advertentieverkoop

Dock35 Media
Martijn Penning
Telefoon: 0314 - 355 826
E-mail: martijn@dock35media.nl
KlaasJan Rosenberg
Telefoon: 0314 - 355 840
E-mail: klaasjan@dock35media.nl

Dental Tribune International Office

Publisher and Chief Executive Officer

Torsten R. Oemus

Chief Content Officer

Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302
Fax: +49 341 48 474 173

General requests:

info@dental-tribune.com

Sales requests:

mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. Dental Tribune is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2025 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

dti

Dental Tribune International

Congres | Vrijdag 10 april 2026 | RAI Amsterdam

GEBITSSLIJTAGE2026

VAN DIAGNOSE TOT BEHANDELSTRATEGIE



Noteer vrijdag 10 april 2026 alvast in uw agenda

Dr. Peter Wetselaar	Diagnostiek van gebitsslijtage met nieuwe KIMO-richtlijn Gebitsslijtage
Prof. dr. Bas Loomans	Slijtage in 2026: aanpakken of afwachten?
Dr. Luuk Crins	Minimaal invasieve composietrestauraties: Lang leve composiet - of toch niet?
Dr. Paul de Kok	Gebitsslijtage: de hybride workflow
Dr. Marco Gresnigt	Keramiek en composiet: Van Restauratie tot Reparatie
Prof. dr. Marco Cune	Prothetisch-restauratief herstel in de versleten gemutileerde dentitie: Analyse, oplossingen en prognose

Schrijf u nu in voor deze praktische congresdag
www.gebitsslijtage2026.nl

Dit congres richt zich op het hele interdisciplinaire team: Tandarts, Kaakchirurg, Orthodontist, Mondhygiënist, Tandarts(preventie)assistent, Tandtechnicus

BUREAUKALKER

Boost uw praktijk Verras uw patiënt

Live events voor maximale efficiëntie
en patiënt tevredenheid

TrioClear® roadshow

Dr. Mark Friend

Tandarts en TrioClear® specialist

19 en/of 20 november Amsterdam

F.I.T. hands on workshops

05 -11 Alphen aan den Rijn

06 -11 Breda

11 -11 Apeldoorn

13 -11 Zwolle

18 -11 Hoorn

Direct aan de slag met functionele
esthetische technieken



Waarom deelnemen?

- Verhoog efficiëntie en werkplezier
- Speel in op gerichte vraag vanuit patiënt
- Leer een direct toepasbare techniek

Veneer masterclass

Dr. Nazariy Mykhaylyuk

International Key Opinion Leader and
Founder of M.Vision Academy

TrioClear® informatie avonden

7 -10 Breda

9 -10 Zwolle

28-10 Groningen

TrioClear® Scan & Start

24-10 Alphen aan den Rijn



Inschrijven:



Scan de QR-code of ga naar
elysee-dental.nl/events

reserveer uw plek vandaag nog!