

DENTAL TRIBUNE

Themanummer
kinder tandheelkunde

The World's Dental Newspaper 

NEDERLANDSE EDITIE

nl.dental-tribune.com

Jaargang 16, nr. 3

ADVERTENTIE

Second Opinion

AI voor x-rays

AI die met u meekijkt bij elke diagnose



straight.dental



Vraag een demo aan



ZZP-UPDATE 2026

Het roer gaat om: kabinet-Jetten kiest voor Zelfstandigenwet

Pagina 8



INTERVIEW

Mondhygiënist Alice Grasveld: "Mondgezondheid stimuleren bij kinderen moet je echt bottom-up doen"

Pagina 11



ACCREDITACT

Pijnanamnese bij kinderen met diepe of extreem diepe cariëslaesies

Pagina 12-13



BACKER DIRKS PREVENTIEPRIJS 2026

Winnaar eerste prijs: scriptie fluornorm tandpastatabletten

Pagina 14

Luuk van den Bosch, Tandarts van het Jaar: "Maak van de tandarts geen spannende plek, maar iets vertrouwd"

Luuk van den Bosch is door de KNMT uitgeroepen tot Tandarts van het Jaar. Hij is niet alleen tandarts, maar ook een jonge ondernemer (32) met een grote praktijk in Veenendaal. In die praktijk – én daarbuiten – doet hij er alles aan om mondzorg leuk te maken voor kinderen. Met ludieke lokale acties, poetslessen op scholen en samenwerking met lokale organisaties. Maar hij biedt vooral een warm welkom voor kinderen vanaf nul jaar, en hun ouders.

TEKST: KEES ADOLFSEN

De standaardvraag: hoe voelt dat nu, zo'n prijs winnen?

Misschien is het antwoord op deze vraag wat minder standaard, want ik had een dubbel gevoel bij de nomi-

natie. Natuurlijk vond ik het enorm eervol, maar ik was ook bang dat de aandacht die de prijs zou krijgen onze intenties zouden doen vervagen. Ik vond het ook prettig om op de achtergrond structureel bij te dragen aan de Veenendaalse gemeenschap. Toen

ik de prijs in ontvangst mocht nemen, voelde dat echt enorm bijzonder, een erkenning die ik eerlijk gezegd niet had verwacht. Wat me het meest raakt, zijn de reacties die erop volgen. Zoveel warme berichten van patiënten, collega's en zelfs van mensen die je helemaal niet persoonlijk kent. Kaartjes, felicitaties op straat, berichten via social media. Ik had deze betrokkenheid niet verwacht, ook al was er echt veel media-aandacht voor de prijs.

Wat vind je zelf sterke punten van jou als tandarts?

Laat ik vooropstellen dat ik deze titel niet alleen ervaar als enkel een persoonlijke waardering, maar vooral als een erkenning voor het hele team en voor de visie waar we samen aan bouwen: toegankelijke, preventieve en betrokken mondzorg. Zo'n titel motiveert om hier met nog meer energie mee door te gaan. Mijn sterke punten als tandarts liggen voor een groot deel in de communicatie en de manier waarop ik met patiënten omga. Ik ben makkelijk benaderbaar, vind het belangrijk dat mensen zich op hun gemak voelen in de stoel en denk dat patiënten weten wat ze aan me hebben. Ook wil ik patiënten echt van alle uitleg voorzien, zodat ze zelf een weloverwogen beslissing kunnen maken door alle voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Ik krijg veel energie van het behandelen van kinderen. Het is mooi om hen op een positieve manier kennis te laten maken met mondzorg en ze hopelijk te behoeden voor mondproblemen. Vaktechnisch haal ik veel voldoening uit meer uitdagende behandelingen, zoals kroon- en brugwerk en complexe extracties. Juist die combinatie van mensgericht werken, technisch

Lees verder op pagina 18 ▶



FOTO: ADOBE STOCK

Promotie Laura van der Knaap-Kind: De tandheelkundige zorg binnen het schisisteam

Op 31 maart 2026 verdedigde Laura van der Knaap-Kind haar proefschrift getiteld *Dental care in the cleft team* aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Van der Knaap-Kind is werkzaam als tandarts-pedodontoloog bij CBT Rijnmond en binnen het schisisteam van het Erasmus MC.

De mondgezondheid is een van de belangrijkste problemen bij patiënten met een schisis van lip en/of gehemelte (CL/P), onder meer als gevolg van tandheelkundige afwijkingen. Van der Knaap-Kind schrijft in haar proefschrift dat de preventie van cariës bij kinderen met een schi-

sis specifieke uitdagingen met zich meebrengt, waardoor het risico op het ontwikkelen van cariës aanzienlijk is verhoogd. Ouders zijn bijvoorbeeld bang om hun kind pijn te doen bij het tandenpoetsen.

Het proefschrift richt zich op het optimaliseren van het gebruik van orale uitkomstmaten van de schisis van het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) en op het identificeren van strategieën om de tandheelkundige zorg door multidisciplinaire schisisteams te verbeteren. ■

BRONNEN: ERASMUS UNIVERSITY ROTTERDAM EN NVGT

INTERVIEW

Kindertandarts Janneke Krikken over comfortabel toedienen lokale anesthesie aan kinderen

"Kinderen, ouders én tandartsen vinden verdoving vaak spannend"

Lees het interview op pagina 6-7 ▶

FOTO: ADOBE STOCK

elmex®

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.



8 tips voor het eerste tandartsbezoek

Volgens de richtlijn Mondzorg voor jeugdigen zouden kinderen bij het doorbreken van het eerste tandje voor het eerst naar de tandarts moeten gaan. Het aanleren van mondgezondheidsgedrag op jonge leeftijd is veel makkelijker dan het afleren van ongezond gedrag later. Hoe zorg je dat het eerste tandartsbezoek van een jong kind een succes wordt? De KNMT geeft op haar website een lijstje tips.

1. Zorg dat ouders en kind zich welkom voelen in de praktijk.

Een goede eerste indruk is belangrijk. Neem daarom de tijd voor een rustige kennismaking en stel ouders en kind op hun gemak. Wanneer aan de praktijksetting staat centraal, je hoeft nog niet per se in de mond van het kind te kijken.

2. Geef complimenten over wat al goed gaat thuis.

Door ouders en kind te complimenteren over bijvoorbeeld tandenpoetsen of gezonde eetgewoonten, voelen zij zich gewaardeerd. Hierdoor staan ze later meer open voor advies.

3. Bereid het kind spelenderwijs voor op het kijken in de mond.

Gebruik spel, humor of een liedje om het kind vertrouwd te maken met het onderzoek, bijvoorbeeld door eerst in de mond van een knuffel te kijken.

4. Gebruik de knee-to-knee-methode.

Bij deze methode zit je tegenover de ouder met de knieën tegen elkaar aan, terwijl het kind op de benen ligt. Het kind houdt oogcontact met de ouder en je kunt de mond goed bekijken.

5. Pas je taalgebruik aan zonder te bagatelliseren.

Gebruik duidelijke, eenvoudige taal die past bij het niveau van ouder en kind, maar vermijd verkleinwoorden zoals 'tandje' of 'mondje'. Hiermee laat je zien dat je het kind en het gebit serieus neemt.

6. Voorkom dat je alleen maar aan het zenden bent.

Door te luisteren naar ervaringen en vragen van ouders, kun je beter inspelen op de thuissituatie en passend advies geven.

7. Wees niet te belerend en gebruik geen dreigende taal.

Een vriendelijke en ondersteunende houding zorgt voor vertrouwen. Drogen met straf werkt vaak averechts.

8. Geef het kind (schijn)keuzes.

Laat het kind bijvoorbeeld kiezen tussen twee kleuren spiegeltjes of waar het wil zitten. Het kind ervaart dan controle en werkt daardoor vaak beter mee tijdens het onderzoek.

BRON: KNMT



Jongeren geven mondzorg te weinig prioriteit

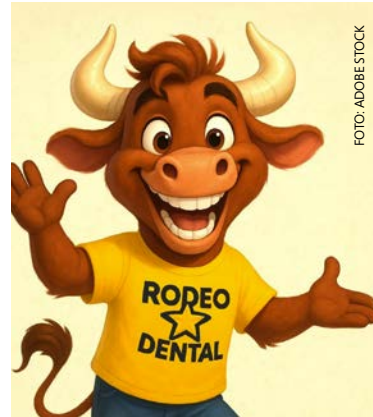
De mondgezondheid van jongeren staat onder druk. Uit recente cijfers blijkt dat een flink deel van de jongeren van 18 tot 24 jaar zich niet houdt aan de zogenoemde 2x2-regel: twee keer per dag twee minuten tandenpoetsen. Eén op de vijf (21%) van de jongeren poetst de tanden niet dagelijks en bijna de helft (45%) poetst minder dan twee minuten. Hoewel jongeren doorgaans wel weten wat goede mondverzorging inhoudt, geven ze daar in de praktijk

vaak weinig prioriteit aan. Ook het tandartsbezoek blijft achter. Ongeveer een derde van de jongeren gaat regelmatig naar de tandarts of mondhygiënist, aanzienlijk minder dan volwassenen van 25 jaar en ouder. Kosten spelen daarbij een belangrijke rol. Meer dan de helft van de jongeren geeft aan de tandarts om financiële redenen te mijden. ■

BRON: HALEON

“This isn’t just a dental visit”

Een tandartspraktijk met bioscoop, speelhal en zelfs een heuse mascotte. Het klinkt als een bijzondere combinatie, maar bij het Amerikaanse Rodeo Dental & Orthodontics gebeurt het. De keten wil family entertainment en goede mondgezondheid samenbrengen.



Rodeo Dental heeft in het zuiden van de Verenigde Staten meer dan honderd locaties. De oprichter, tandarts Saam Zarrabi – ook bekend als ‘dr. Z’ – wil met Rodeo Dental mondzorgpraktijken bieden waar kinderen met plezier naartoe gaan. ‘100% joy for kids and families’, aldus Rodeo Dental. De wachtkamers van de praktijken zijn ingericht met racesimulators en andere

interactieve spellen, mini-bioscopen, ballonnen, volledig beschilderde muren en andere afleiding.

Rodeo Dental heeft zelfs een eigen mascotte: de stier Moo Moo. Bij mijlpalen, zoals het afronden van een beugelbehandeling of het overwinnen van angst voor de tandarts, worden zogenoemde Pop Spirit Moments gevierd. Compleet met confetti, muziek, applaus, fotomomenten en ‘verrassingen die perfect zijn voor TikTok’. Om met de woorden van Rodeo Dental te spreken: “This isn’t just a dental visit, it’s a full-blown celebration.”

Achter al het vermaak zit een diepere laag. Rodeo Dental wil preventieve mondzorg toegankelijker, leuker en minder intimiderend maken. Dr. Z richt zijn praktijken vooral op achtergestelde en kansarme gemeenschappen, zodat de gezinnen die vaak de grootste gezondheidsbarrières ondervinden toegang hebben tot goede zorg in een veilige en gemeenschapsgerichte omgeving. Elke locatie integreert bovendien innovatieve tools, zoals AI-gestuurde diagnostiek, preventieve educatieprogramma’s en samenwerkingen met scholen om de gezondheid vanaf jonge leeftijd te verbeteren, aldus Rodeo Dental. ■

BRON: RODEO DENTAL

VANUIT DE STOEL



Tandartservaring

Afgelopen september heb ik een ongeluk gehad met de fiets, waardoor mijn voortanden ongeveer 2,5 cm naar achter waren verplaatst. Met spoed moest ik naar de tandarts en er was meteen plek voor me.

TEKST: LOTTE HAIJMA (14 JAAR)

Toen ik in de tandartsstoel zat, kwamen er drie tandartsen, die allemaal tegelijk in mijn mond zaten. Mijn tanden werden met de hand naar voren geplaatst. Ik had eigenlijk niet zo goed door wat er gebeurde, omdat ik natuurlijk nog erg in de schok van het ongeluk zat. Ondertussen zei de tandarts iets wat me niet minder bezorgd maakte: “Jij bent niet de enige die het spannend vindt.” Dat was niet fijn om te horen, want daardoor maakt ik me nog meer druk.

Ik vond hoe de tandarts me behandelde verder wel fijn, want hij vertelde steeds wat hij aan het doen was en wat hij wou gaan doen. Na afloop zei de tandarts nog dat ik geluk had dat ik een beugel draag, anders hadden mijn tanden op straat gelegen.

Ik moest ongeveer drie maanden lang elke twee weken terugkomen voor een controle. Uiteindelijk is er besloten dat ik een wortelkanaalbehandeling moest voor twee tanden. Dat doen ze als bijvoorbeeld de zenuw in je tand dood is, wat bij mij het geval was. Voor die behandeling was ik heel bang door de verhalen die ik had gehoord, maar het viel erg mee. Het engste was eigenlijk de verdoving! Wel duurden de behandelingen verschrikkelijk lang, maar gelukkig waren ze verdeeld over twee afspraken. Elke behandeling duurde één tot twee uur!

Zeven maanden na het ongeluk mocht ik mijn beugel weer terug en nu zijn mijn tanden weer zoals ze waren. Ik ben heel blij met het resultaat en dat het allemaal goed gekomen is. Wel moet ik mijn beugel nu helaas zeven maanden langer dragen. ■



Redactioneel

Het is gek hoe het geheugen werkt. Van de twee ingrepen bij de kaakchirurg toen ik een jaar of 12 was, herinner ik me vooral flarden. Dat ik de nacht van tevoren bij mijn moeder mocht slapen. Met knuffelpanda, ook al voelde ik me daarvoor eigenlijk te oud. Het oranje linoleum in de wachtkamer. De dikke schuifdeur waar de kaakchirurg doorheen kwam. Zijn grote handen. Die groene doek met dat gat dat steeds dichterbij kwam. Het gekraak in mijn mond. Dat het best koud was. Het harde bedje waarop ik na de ingreep mocht bijkomen.

Maar vooral herinner ik me hoe het daarna thuis was. De zachte dekens op de bank. De zon door de ramen. De kat die gezellig bij me lag. Het bloemetje op tafel. Dat mijn vriendinnen langskwamen. Het samen gruwelen om het potje kiezen met nog hompjes vlees eraan. Dat ik me bijna een held voelde. Dat mijn mentor een cadeautje kwam brengen. Het hoopje kleurige theedoeken die ik volledig had vol gekwijd, waar we hard om moesten lachen. En, ook niet onbelangrijk, het kaartje dat ik kreeg van de jongen op wie ik verliefd was.

Bizar genoeg vooral mooie herinneringen dus. Met een glansrol voor mijn zorgende moeder. Een goed voorbeeld van een fijne driehoek tussen ouder, kind en mondzorgprofessional, waar kindertandarts Janneke Krikken in haar interview op p. 6-7 over spreekt. Blijkbaar kunnen ook nare ingrepen goede herinneringen worden, mits de voor- en nazorg goed zijn.

In deze special over kindertandheelkunde hebben we geprobeerd dit bijzondere vakgebied vanuit verschillende kanten te belichten. Van endodontische behandelingen in het melkgebit tot de Spaanse tandenmuis en van comfortabel verdoven van kinderen tot een volledig kid-minded praktijk. Met een glansrol voor alle bevlogen tandartsen die kinderen in alle opzichten zo goed behandelen. ■

Mede namens Kees Adolfsen en Suzanne Loohuis,
Anne Doeleman

OPROEP VOOR NIEUWE RUBRIEK ‘VANUIT DE STOEL’

In de nieuwe rubriek ‘Vanuit de stoel’ laten we patiënten aan het woord over uw behandeling. Hopelijk biedt dat de nodige inzichten, complimenten, tips, tricks en eyeopeners.

Kent u patiënten die hun ervaringen goed op papier kunnen zetten? Dat kan positief zijn, maar ook constructief-kritisch. Omdat het nadrukkelijk niet gaat om de beoordeling van individuele tandartsen, wordt de naam van de tandarts of praktijk niet genoemd. Wel vermelden we bij voorkeur de naam van de auteur.

Voor reacties op deze oproep: mail naar redactie@dental-tribune.nl.

Column
Richard Mastwijk



Terreur

Inmiddels heb ik de maatschap van helder achter mij gelaten en heb ik een eerste stap gezet om het leven als pensionado te ontdekken. Uit vrees mijn dagen uitsluitend te vullen met het verlagen van mijn golf-handicap, hoop ik nog enigszins actief te kunnen zijn in de advisering. Dat betekent ook het organiseren van wat logistieke zaken. Een boekhouding opzetten, facturen versturen enzovoorts.

Het opzetten van een veilige ICT-omgeving leek mij op voorhand de grootste uitdaging, maar viel heel erg mee. Juist wat me een 'makkie' leek (het overzetten van mijn mobiele telefoonnummer en het openen van de bankrekening en creditcard), werd een uitdaging. Het bleek een ware *nightmare* om deze zaken te regelen.

Te beginnen bij het simpel overzetten van mijn mobiele nummer bij KPN. Mijn eerste, maar kennelijk niet logische gedachte was om KPN Groot Zakelijk te vragen om mijn nummer over te zetten naar mijn privé-KPN-abonnement. Nee, was het antwoord, dat moest ik zelf maar regelen via internet. Oké, zoals gezegd: de ICT werkte inmiddels, dus naar het internet. Vrij snel daarna ontving ik per mail felicitaties omdat ik voor KPN had gekozen. Nog dezelfde dag volgden mails met de mededeling dat het nummer niet werd vrijgegeven en even later dat de bestelling was geannuleerd.

Wat mij restte, was het bellen met het 0900-nummer. Alles weer uitleggen aan de betreffende medewerker en vragen contact te zoeken met de collega van Groot Zakelijk, die het nummer al had vrijgegeven. Maar dat bleek een te simpele gedachte. Er wordt niet onderling gecommuniceerd en het was aan mij om zelf contact op te nemen met Groot Zakelijk en mijn nummer vrij te krijgen. In totaal heb ik meer dan vijftien uur gebeld met 0900, ben ik driemaal gefeliciteerd en is mijn bestelling ook weer drie keer geannuleerd.

Bij ABN AMRO is mijn ervaring zo mogelijk nog extremer. Voor de nieuwe entiteit een nieuwe bankrekening aangevraagd en daaraan gekoppeld een creditcard voor de zakelijke uitgaven. Ook al draagt deze card de naam ABN AMRO, je kunt hem niet aanvragen bij

ABN AMRO. Dit verloopt via ICS Cards. Helaas loopt dit traject spaak door het ontbreken van een bankrekening bij ABN AMRO voor deze nieuwe entiteit, verneem ik van een medewerker van ICS Cards. Als ik aangeef dat ik het pasje van de rekening voor mij heb, geeft deze medewerker aan niets voor mij te kunnen betekenen. Ik moet ABN AMRO bellen.

Dus maar weer het 0900-nummer van ABN AMRO bellen. Na lang wachten en luisteren naar muziek die niet bepaald mijn keuze is, komt de ABN AMRO-medewerker met een telefoonnummer

“Meer betalen en minder gemak”

van ICS Cards, dat ik maar moet bellen. Ik geef aan dit nummer net gebeld te hebben, maar dit maakt geen enkele indruk op deze medewerker. Ze kan niets voor mij doen.

In de *Consumentengids* van maart lees ik een bevestiging van mijn ervaring. Onder de titel 'Meer betalen en minder gemak' geeft de hoofdredacteur een goede analyse van de praktijk bij banken. Geen aanspreekpunten, verwijzingen naar de website, de chatrobot en als laatste het 0900-nummer met min of meer anonieme medewerkers, zonder terugbelnummer of e-mailadres en het risico dat na een uur wachten de verbinding wordt verbroken. Een ware terreur met het vermoedelijke doel dat de klant het opgeeft. ■

Richard Mastwijk
Voormalig partner
van helder consultancy.

Onderzoek ACTA naar vroege opsporing mondholtekanker

ACTA gaat onderzoek doen naar speekseltests die mondholtekanker in een vroeg stadium kunnen opsporen, zodat de behandeling sneller, preciezer en minder zwaar wordt. ACTA krijgt daarvoor 20.000 euro van het Vaillantfonds.

In Nederland krijgen elk jaar meer dan duizend mensen te maken met mondholtekanker. Hoe eerder de ziekte wordt ontdekt, hoe beter de vooruitzichten. Nu gebeurt dat vaak pas laat, waardoor behandelingen zwaar zijn en blijvende problemen kunnen ontstaan met bijvoorbeeld spreken, eten en slikken. Mondholtekanker ontstaat meestal stapsgewijs. Vaak begint het met orale leukoplakie. Slechts een deel van deze plekjes verandert uiteindelijk in kanker, maar op dit moment kunnen artsen nog niet goed voorspellen bij wie dat gebeurt. Daardoor blijven waarschuwingstekens vaak onopgemerkt tot de ziekte al in een verder stadium is. In een driejarig onderzoek van ACTA wordt nu gekeken of veranderingen in protease-activiteit kunnen helpen om mondkanker in een vroeg stadium op



te sporen. De onderzoekers ontwikkelen nieuwe, gevoelige tests om de activiteit van speciale proteasen te meten in weefsel en in speeksel. Door deze enzymactiviteit uitgebreid te meten en te vergelijken, willen de onderzoekers beter begrijpen hoe gezond weefsel verandert in kwaadaardig weefsel. Dit kan uiteindelijk leiden tot speekseltests die aangeven wie een hoger risico loopt op mondholtekanker, zodat deze mensen eerder en preciezer onderzocht kunnen worden.

De onderzoekers krijgen 20.000 euro van het Vaillantfonds, een fonds dat vernieuwend onderzoek steunt dat bijdraagt aan preventie, vroegtijdige opsporing en betere zorg. Het geld wordt gebruikt voor laboratoriummaterialen, meetapparatuur, de ontwikkeling van nieuwe tests en analyse van de onderzoeksdata. ACTA betaalt de personeelskosten. ■

BRON: ACTA

Hagay Shemesh ACTA-hoogleraar Endodontologie

Hagay Shemesh is per 1 februari aangesteld als hoogleraar Endodontologie bij ACTA. Hiermee krijgt het vakgebied Endodontologie voor het eerst een eigen volwaardige leerstoel.

Prof. dr. Hagay Shemesh behaalde zijn tandartsdiploma in 1990 aan de Hebrew University in Jeruzalem en werd daar later tandarts-endodontoloog. Sinds 2002 is hij gevestigd in Nederland en werkt hij bij ACTA, waar hij klinische zorg, onderwijs en onderzoek combineert. In zijn werk ligt de nadruk op diagnostiek, behandeluitkomsten, evidence-based besluiten en de balans tussen behandelen en terughoudendheid. Hij is internationaal actief als onderzoeker en spreker, en heeft een breed netwerk in Europa en daarbuiten. Samen met collega's uit vele verschillende landen werkt hij aan publicaties en onderzoeksprojecten. Daarnaast is hij al enkele jaren sectie-

voorzitter van de sectie Endodontologie binnen ACTA en heeft hij meerdere promotietrajecten begeleid. De benoeming van Shemesh is een belangrijke stap voor het vakgebied. In Nederland ontbrak een leerstoel die volledig aan dit specialisme is gewijd, terwijl de endodontologie een belangrijk onderdeel is van de klinische tandheelkunde en een duidelijke



Prof. dr. Hagay Shemesh

plaats inneemt binnen de opleiding Tandheelkunde.

BRON: ACTA

Online training bij tandartsangst

Ontspannen Naar De Tandarts is een online platform voor mensen met tandartsangst. Het richt zich op de mentale voorbereiding van patiënten voorafgaand aan tandheelkundige behandelingen. Het platform helpt patiënten meer ontspannen aan een behandeling te beginnen, waardoor deze rustiger verloopt.

Tandartsangst is een belangrijk en dikwijls onderschat probleem, waardoor patiënten behandelingen vermijden en de mondgezondheid verslechtert. Patiënten met angstklachten ervaren vaak veel spanning, wat invloed kan hebben op het behandelverloop, de behandelduur en de ervaren belasting voor zowel patiënt als behandelaar.

Coach en trainer Patrick Kwast vertelt: "Wat opvalt, is dat de spanning vaak

al ruim voor de behandeling ontstaat. Door patiënten in die fase handvaten te geven om hun reactie beter te begrijpen en te reguleren, verandert vaak ook hun ervaring tijdens de behandeling zelf."

Ontspannen Naar de Tandarts bestaat uit een gestructureerd programma met videolessen en praktische oefeningen, gericht op het vergroten van zelfregulatie, controlebeleving en inzicht in angstmechanismen.

Onderwerpen die aan bod komen zijn onder meer het herkennen van spanning, het doorbreken van vermijdingspatronen en het toepassen van regulatietechnieken zoals ademhaling en mentale voorbereiding. ■

Scan de QR-code voor meer informatie: <https://ontspannennaardetandarts.nl/>



FOTO: ADOBE STOCK

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!



ADVERTENTIE

ONDER NARCOSE BEHANDELEN IN UW EIGEN PRAKTIJK?



Anesthesia & Intensive Care Services



**Anesthesia & Intensive Care
Services B.V.**

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

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.



Kindertandarts Janneke Krikken over comfortabel toedienen lokale anesthesie aan kinderen

“Kinderen, ouders én tandartsen vinden verdoving vaak spannend”

Kinderen pijnloos verdoven kan prima, mits je als tandarts rustig blijft en zorgt voor voldoende afleiding, zegt kindertandarts Janneke Krikken. Ze geeft uitleg en tips, zoals: kies bij kinderen die gevoelig zijn voor smaak voor traditionele anesthesie, vertel een gek verhaal als afleiding en zorg dat de anesthesievloestof niet te koud is.

TEKST: ANNE DOELEMAN

Wat zijn de uitdagingen van lokale anesthesie bij kinderen?

In de kindertandheelkunde heb je te maken met de driehoek tandarts-kind-ouder. Die kunnen alle drie invloed hebben op hoe de behandeling gaat verlopen. Als een ouder als een gespannen snaartje aan het voeteneind zit, voelt een kind dat haarfijn aan. Maar in onze verwijspraktijk zien we ook vaak dat algemeen practici het verdoven van kinderen heel spannend vinden, vooral omdat moeilijk te voorstellen is hoe een kind zal reageren. Tandartsen geven daarom soms geen verdoving. Soms kan dat, maar soms ook niet.

Heb je daar een voorbeeld van?

De laatste dag voor de kerstvakantie kregen wij met spoed een jongetje van een jaar of 9 verwezen met een fors opgezwollen aangezicht. Zijn moeder stond bij ons in de praktijk, maar de jongen zelf was met geen mogelijkheid te bewegen ook binnen te komen. De eerste keer heb ik hem alleen op straat beoordeeld, door het autoraam. Eerder had zijn eigen tandarts een gaatje gevuld zonder verdoving, omdat het jongetje het prikje zo spannend vond. Het vullen deed zeer en omdat het zo moeilijk ging, had de tandarts de kies aan de andere kant ook maar meteen even gevuld, want hij zou de volgende keer vast niet meer willen. Helaas viel het jongetje een halfjaar later op zijn gezicht en brak zijn voortand af. Weer wilde hij geen verdoving. De tandarts begon aan de behandeling, maar die deed te veel pijn. Daarop besloot de tandarts de tand dan maar niet te behandelen. Dit resulteerde in dat enorm opgezwollen aangezicht.

Een prikje kan erger lijken dan de behandeling, maar is het dus niet?

Nee, want een prikje is voorspelbaar, terwijl je niet weet wanneer het pijn gaat doen als je gaat boren. Pijn kan ontstaan bij het schoonmaken van het element, bij het etsen, het aanbrengen van de bonding, het composiet. Dat is onvoorspelbaar én het gaat om meerdere momenten, terwijl de pijn van het verdoven maar heel even duurt. Uit literatuur weten we dat de mens best pijn kan verdragen, maar niet als hij niet weet hoe heftig de pijn wordt en ook niet wanneer hij niet weet wanneer de pijn optreedt. Je kunt dus beter de voorspelbare pijn van het prikje hebben.

Hoe kun je het best omgaan met een gespannen ouder?

In onze verwijspraktijk is de regel dat ouders in de wachtkamer blijven zitten. Dat kunnen we goed uitleggen. Kinderen willen graag dat ouders ze uit de vervelende situatie halen. Maar

een ouder wil dat een kind behandeld wordt, dus die doet dat niet. Dat is voor een kind hartstikke frustrerend. En de ouder wil het kind natuurlijk het liefst wel uit de situatie halen, dus die zit de hele tijd in een tweestrijd. Als ouders in de wachtkamer blijven en je instrueert ze goed, kunnen ze na de behandeling een enorme steun zijn voor het kind.

Zou je in een algemene praktijk ook ouders in de wachtkamer laten wachten?

Dat is in een algemene praktijk heel lastig. Een ouder wegsturen tijdens de behandeling is niet oké, omdat dat voor een kind voelt als straf. Als je het doet, moet je het dus van tevoren afspreken. Als je als tandarts weet dat een ouder gespannen is, kun je het open en bloot bespreken. Als een ouder toch liever in de behandelkamer blijft, moet je hem instrueren dat hij behang moet spelen. Behang zegt geen boe of bah. Want als de ouder ingrijpt op het moment dat je wilt verdoven, sta je met 10-0 achter.

Welke soort verdoving is het meest comfortabel voor kinderen?

Ik ben zelf groot fan van computergestuurde anesthesie, maar realiseer me goed dat dat een leuke aanvullende tool is die veel minder meerwaarde heeft als je een normale techniek niet beheerst. Het gaat erom dat je een kind durft te verdoven. Eigenlijk is dat het allerbelangrijkst. Als je zelf stress hebt, neemt het kind die haarfijn over, welke techniek je ook gebruikt. Ik kies in de praktijk vaak voor computergestuurd, maar wel gefundeerd, omdat ik alle technieken beheers.

Wat zijn de voor- en nadelen van computergestuurde anesthesie?

Dat je veel makkelijker ergonomisch kunt werken en dat je de anesthesie veel makkelijker kunt toedienen dan traditionele anesthesie zonder dat het kind er zicht op heeft. Computergestuurde anesthesie geeft de vloestof heel langzaam af, wat prettiger aanvoelt. Je kunt er daarnaast veel lokaler mee verdoven, waardoor kinderen minder last hebben van een dove lip. Een nadeel is dat het toedienen significant langer duurt dan bij traditionele

“Zorg dat je heel goed kunt verdoven”

le anesthesie. Het is bovendien veel moeilijker om deze techniek zonder knoeien toe te passen. Anesthesievloestof smaakt heel vies, dus voor kinderen die smaak erg belangrijk vinden, is het comfortabeler om gewone anesthesie te gebruiken.



FOTO: JANNEKE KRICKEN

“Je hebt al veel gewonnen als je de naam van het huisdier van een kind kent”

Cv Janneke Krikken

Janneke Krikken studeerde in 2003 af als tandarts aan de Rijksuniversiteit Groningen en volgde daarna de postacademische opleiding Kindertandheelkunde aan ACTA. Sinds 2009 is ze mede-eigenaar van Kindertand-West in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam. In deze tweedelijnszorgpraktijk worden kinderen behandeld die zijn verwezen door een tandarts uit de omgeving. Kindertand-West is vanaf 2016 overgegaan in Kindermondzorgcentrum Snoet. In 2013 promoveerde Krikken op tandartsangst en oncoöperatief gedrag van kinderen bij de tandarts. Ze besteedde hierbij in het bijzonder aandacht aan de rol van ouders.

Waar moet je vervolgens op letten bij het toedienen van de anesthesievloestof?

Doe het niet te snel en zet niet te veel druk. Zorg ook dat de anesthesievloestof niet rechtstreeks uit de koelkast komt, maar op kamertemperatuur is. Koude vloestof geeft meer prikkeling. Er zijn zelfs onderzoeken die aantonen dat het fijn is om de vloestof even te verwarmen. Je kunt ook oppervlakteverdoving gebruiken met een beetje zalf. Dat doe ik standaard, ook omdat je er een lekker rustmoment mee inbouwt waarin je alvast kunt beginnen met afleiden. Oppervlakteverdoving helpt wel tegen de pijn van het insteken van de naald, maar niet tegen de druk van de anesthesievloestof. De zalf werkt tweeledig: aan de ene kant doet de zalf zelf wat, aan de andere kant stimuleer je door de druk van het watje de zenuwvezels. Die zijn dan druk bezig om de druk te verwerken. Als je de naald er vervolgens insteekt, zijn er geen zenuwvezels over om dat signaal door te geven.

Je noemde al de rust die je als tandarts moet hebben. Hoe doe je dat?

Zorgen dat je heel goed kunt verdoven. Dus het heel veel doen en niet alleen bij dat kind dat het hartstikke spannend

vindt, maar ook bij het makkelijke kind dat je misschien ook zonder verdoving kunt behandelen. Oefen jezelf. Je gaat ook niet beginnen met een vijfdelige brug als je nog nooit een kroon hebt gemaakt. Het begint bij jezelf. Als wij tijdens onze opleiding klaagden dat alle kinderen die dag huilden, vroeg onze opleider altijd: en wat was er met jou? Ongesteld, slecht geslapen, konijn overleden? Hij koppelde het altijd terug en hij had eigenlijk altijd gelijk.

Een huilend kind ligt meestal aan de tandarts?

Niet elk huilend kind, maar als je de hele middag huilende kinderen hebt, moet je over je eigen rol nadenken.

Hoe kun je het verdoven van kinderen nog makkelijker maken?

Je moet je team goed instrueren en zorgen dat de assistent alles klaar heeft staan. Daarnaast is afleiding cruciaal. Als een kind voldoende afleiding heeft, heeft het vaak helemaal niet in de gaten wat je aan het doen bent.

Wat kun je allemaal doen ter afleiding?

Het allersimpelst is om gewoon een verhaaltje te vertellen. Als je dat lastig vindt, kun je ook een verhaal of een

muziekje van Spotify opzetten of je assistent vragen om een verhaaltje te vertellen. Je kunt ook vingerpoppetjes gebruiken. Als je bijvoorbeeld een olifant, een giraffe en een ruimtewezen hebt, geef je de assistent de opdracht daarmee een verhaaltje te vertellen.

“Vertel gewoon een verhaaltje”

Dat wordt gegarandeerd een gek en dus afleidend verhaaltje. Ik ken zelfs een tandarts en een assistent die allebei een eigen verhaaltje vertellen. Zo horen kinderen twee verhaaltjes die niets met elkaar te maken hebben. Dat werkt heel goed, want hun brein heeft dan geen idee naar welk verhaaltje ze moeten luisteren en wordt dus heel erg afgeleid. Het kan ook veel simpeler: “Het is koud hè? Heb je ook zo lekker in de sneeuw gespeeld? Ik heb van het weekend een sneeuwpop gemaakt, die was zo hoog als de dakgoot.” Verzin maar. Je hebt ook al veel gewonnen als je de naam van het huisdier van een kind kent. Die onthoud ik natuurlijk niet, maar schrijf ik even op. ▶

Waarop moet je letten in taalgebruik?

Wij vermijden de woorden 'prik' en 'pijn'. Pijn is een alarmsignaal. We laten kiezen altijd 'lekker slapen met een beetje slaapwater'. Als kinderen vragen of het pijn gaat doen, kun je zeggen: sommige kinderen vinden het lijken op hard duwen, andere kinderen zeggen dat het hard voelt of hebben juist het gevoel dat het een beetje zacht wordt. Ik praat er een beetje omheen. Als je zegt: "Ja, het doet pijn", dan ben je het kind kwijt, en als je nee zegt, dan jok je. Want sommige kinderen vinden het echt heel vervelend. En heel jonge kinderen kennen het verschil niet tussen ongemak of onbehagen en pijn. We weten ook niet of iets pijn gaat doen, want pijn is een subjectieve gewaarwording en voor iedereen anders. Belangrijk is ook om de ouders te instrueren. Als zij zeggen "De tandarts doet niets", dan leun ik altijd eerst even achterover, om te laten zien hoe dat eruitziet. Want ik doe wel wat; anders hadden ze niet hoeven komen.

Wat gaat er wel eens mis bij de huistandarts, zien jullie?

De meeste kinderen worden verwezen omdat cariës te laat is opgemerkt. Dan wordt de kies te laat gevuld, zonder verdoving, terwijl het gat al te groot was. De behandeling doet dan pijn en soms gaat de kies ook nog dood en moet het kind die in de spoeddienst laten extraheren.

Waarom wordt cariës regelmatig te laat opgemerkt?

Een deel van de kinderen komt niet of niet vaak genoeg naar de praktijk. Daarnaast worden niet vaak genoeg röntgenfoto's gemaakt. Interdentale cariës kun je niet goed beoordelen zonder röntgenfoto. Tandartsen zijn denk ik bang om kinderen bloot te stellen aan stralingsbelasting. Maar ik geloof dat als je al één keer naar Amerika vliegt, je al de hoeveelheid stralingsbelasting te pakken hebt van een hele skeletstatus. Aan dat ene kleine röntgenfotootje zal het dus niet liggen. Deels komt het ook doordat niet in alle praktijken kleine röntgenfoto's voor kinderen aanwezig zijn. Volgens de Europese richtlijn maak je bij 4-jarigen een röntgenfoto op indicatie en vanaf 5 jaar routinematig, afhankelijk van wat je ziet op de foto.

Heb je tips voor het verdoven van echt bange kinderen?

Het belangrijkste is rust uitstralen, en daarna: tell-show-do. Vertel wat je gaat doen, laat het zien en eventueel voelen en voer het daarna uit. Het gaat om voorspelbaarheid. Bij sommige heel angstige kinderen moet je misschien ook teruggrijpen op sedatie. Als er bij een 4-jarig kind al een kies is geëxtraheerd en er moeten er nog vijf, wie ben ik dan om te zeggen: dat moet een kind maar leren? Dan kunnen we het met sedatie oplossen en daarna bouwen aan vertrouwen. Het fijne aan midazolam is dat kinderen achteraf vergeten wat we hebben gedaan. Grotere kinderen die één of twee kiezen moeten laten extraheren voor een beugel vinden dat ook fijn.

Gebruiken jullie ook wel eens narcose?

Ja, dat kan ook in onze praktijk. We doen dat als het tandheelkundig behandelplan het incasseringsvermogen van het kind overschrijdt. Dat geldt vaak voor kinderen tot 4 jaar met veel tandheelkundige problemen, die niet met orale sedatie kunnen worden behan-

deld, en voor kinderen vanaf 4 jaar bij wie echt veel moet gebeuren. Dan heb ik het over 20 of 25 gaatjes bij 5-jarigen.

Zijn er ook momenten waarop je dwang gebruikt?

Dwang wil ik zo veel mogelijk voorkomen. De assistent houdt wel altijd even de hand boven het lijf of de arm van kinderen, onafhankelijk van hoe meewerkend het kind is. Dat deed ik zelfs

bij volwassenen. Veel mensen komen in een reflex omhoog uit de stoel bij pijn. Het geeft ook een veilig gevoel als de assistent even een arm om je heen legt. Dat moet je dan niet pas doen bij het prikken, maar al bij het zalfje. Ik denk dat je beter heel even een kind kunt vasthouden en doen wat er moet gebeuren, dan drie kwartier redeneren met een 4-jarige en hem dan alsnog moeten vasthouden bij de behande-

ling. Dwang willen we voorkomen, maar is soms noodzakelijk.

Wat wil je tandartsen meegeven?

Het begint met juiste en tijdige diagnostiek. Als bij kinderen tijdig wordt gezien dat er een cariësproces gaande is, dan kun je ook tijdig ingrijpen. Dat begint met een goede controle. Niet: spring maar in de stoel, mond open,

ziet er goed uit, doe. Controleer het gebit goed, polijst de tanden en vraag hoe het gaat, of het kind de tanden poetst en anders wie dat doet. Dan zijn kinderen al gewend aan de tandarts. Als een kind een heleboel neutrale tandheelkundige visites heeft gehad die allemaal prima verlopen, heeft een keer een behandeling doen veel minder impact dan als dat het eerste is wat een kind meemaakt bij de tandarts. ■

ADVERTENTIE

 solventum

**3M Health Care
is nu Solventum**

Een soepele dag door efficiënter en schoner werken

3M™ RelyX™ Universal Composietcement

Door de unieke samenstelling van 3M™ RelyX™ Universal Composietcement, blijft overmaat zitten op de marginale randen. Hierdoor kan het materiaal na kort uitharden (tack-cure) eenvoudig en snel worden verwijderd. Bovendien maakt de automix spuit een eenvoudige dosering en hygiënische opslag mogelijk.

- ✓ Gepatenteerde, zelfsluitende automix spuit voor hygiënisch en ergonomisch gebruik
- ✓ Het ontwerp van de micro-mengtip en automix spuit verminderen plastic afval en cementverspilling
- ✓ 100% van de ondervraagde collega's zou het aanbevelen*



Demo aanvragen



*2-jaar evaluatie 3M™ RelyX™ Universal Composietcement in combinatie met 3M™ Scotchbond™ Universal Plus Adhesief. © 2024 Dental Consultants, Inc.

©Solventum 2025. Solventum, het S-logo en RelyX zijn handelsmerken van Solventum of één van haar dochterondernemingen. 3M en het 3M-logo zijn handelsmerken van 3M.

Zzp-update 2026

Het roer gaat om: kabinet-Jetten kiest voor Zelfstandigenwet

In onze vorige zzp-update in *Dental Tribune*¹ schreven wij onder meer over de ontwikkeling van het wetsvoorstel Vbar. Voor meer duidelijkheid over de grens zelfstandigheid-loondienst blijkt het begin dit jaar aangetreden nieuwe kabinet echter een heel ander plan te hebben: de Zelfstandigenwet. Wat betekent de komst van deze nieuwe wet?

TEKST: ERIK VAN DAM (VVAA) EN MENNO ROLLOOS (VAN HELDER)

Vbar: geen verduidelijking, wél rechtsvermoeden

In het najaar van 2025 stuurde het vorige kabinet de Tweede Kamer het wetsvoorstel Verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden (Vbar). De op dit moment verantwoordelijk minister Aartsen, van Werk en Participatie, zet nu een streep door het eerste en belangrijkste deel van dat wetsvoorstel. Dit betreft het verduidelijken van de grens tussen zelfstandigheid en een loondienst. Hierover was de afgelopen jaren veel te doen. Voor dit onderdeel kiest het huidige kabinet nu voor de Zelfstandigenwet. Alleen het rechtsvermoeden gaat door. En wat hem betreft op korte termijn, zo schrijft Aartsen in zijn Kamerbrief van 6 maart dit jaar.² Het rechtsvermoeden is van belang voor opdrachtgevers die werken met zzpers met een uurtarief onder de 38 euro. De zzp'er kan op basis van dit rechtsvermoeden een arbeidsovereenkomst opeisen. De opdrachtgever moet vervolgens aantonen dat er géén sprake is van schijnzelfstandigheid.

Hoe ziet de Zelfstandigenwet eruit?

Maar dan die zelfstandigenwet... Daarmee wil het kabinet het veld meer duidelijkheid bieden en meer ruimte geven voor échte zelfstandigen (zzpers). Waar de Vbar een wetsvoorstel is dat al in de Tweede Kamer lag, is de Zelfstandigenwet slechts een initiatief-

wetsvoorstel. Dit initiatief heeft nog uitwerking nodig en er moet balans gevonden worden met het dwingend-rechtelijk begrip arbeidsovereenkomst uit het Burgerlijk Wetboek.

Hoe ziet de Zelfstandigenwet eruit? Uit welke onderdelen bestaat het? En: wat zijn de opvallendste punten van het initiatief als we kijken naar het totaal 78 pagina's tellende voorstel met memorie van toelichting? We kunnen vier kernelementen onderscheiden:

1. zelfstandigentoets
2. werkrelatietoets
3. sectoraal rechtsvermoeden
4. commissie beoordeling toetsingskader

In figuur 1 geven we verdere invulling aan de kernelementen en benoemen we enkele opvallende punten.

Geen nieuw wettelijk kader op korte termijn?

We gaven al aan dat de Zelfstandigenwet nog flink wat uitwerking nodig heeft. Minister Aartsen, in de vorige kabinetsperiode als Kamerlid zelf de initiatiefnemer van het wetsvoorstel, moet nog veel vragen beantwoorden. Zoals: welke kracht heeft een sectoraal rechtsvermoeden (kader 3 in figuur 1). Voor u: wat zijn de (on)mogelijkheden voor de mondzorg? En: welke kracht heeft een uitspraak van de beoordelingscommissie (kader 4 in figuur 1). Hoe verhoudt die zich bijvoorbeeld tot de basis van het bestaande wettelijke begrip arbeidsovereenkomst? Hoe moeten de Belastingdienst, maar ook de Nederlandse Arbeidsinspectie en de rechter daarmee omgaan?

'Deliveroo' nog als handvat gebruiken

Hoewel de Tweede Kamer in maart oepriep om voor de zomervakantie met meer duidelijkheid te komen, kost de nadere invulling van het initiatiefwetsvoorstel tijd. Het is daarom niet te verwachten dat de Zelfstandigenwet al op korte termijn het wettelijk kader wordt bij het beoordelen van arbeidsrelaties.

Voorlopig geldt nog het huidige kader, waarbij wettelijke uitspraken een kleur geven aan het kort geformuleerde en abstracte begrip arbeidsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek. De belangrijkste uitspraak daarbij is die van de Hoge Raad in de zaak Deliveroo. De daarin gebruikte elementen zijn op dit moment de basis van de handhaving door de Belastingdienst en het oordeel van rechters.

Jarenlang gold voor de opdrachtgevers, bijvoorbeeld praktijkhouders, het 'handhavingsmoratorium'. Sinds 1 januari vorig jaar controleert de Belastingdienst echter weer en kan zij ook onder meer naheffingen opleggen.

Het is dus goed om in ieder geval de eigen arbeidsrelaties goed te analyseren. Figuur 2 toont bij alle negen 'Deliveroo-elementen' concrete indicaties voor een arbeidsovereenkomst, of juist zelfstandigheid. Bij de beoordeling van een arbeidsrelatie wegen alle relevante feiten en omstandigheden van die elementen in onderling verband mee in een eindoordeel. Dit heet de 'holistische toets'. Wel weten we inmiddels uit onderzoek³ dat rechters in de praktijk extra belangstelling tonen voor

de wijze waarop werkzaamheden en werktijden worden bepaald (element 2) en voor het (extern) ondernemerschap, dus het 'ondernemersgedrag' buiten de te beoordelen arbeidsrelatie (element 9 in het schema). ■

Noten

1. *Dental Tribune*, jaargang 15, mei 2025, nr. 3, p.10-11.
2. Kamerbrief 2026-0000067506, 6 maart 2026, ministerie SZW.
3. *Tijdschrift Arbeidsrechtpraktijk*, oktober 2025, nr. 6, p. 4-12 Van der Neut, N.M.Q. en Zevenbergen, P.C.

Concretisering Deliveroo-elementen

VvAA 2026

Bij de beoordeling van een arbeidsrelatie worden alle relevante feiten en omstandigheden van onderstaande elementen in onderling verband bezien om tot een eindoordeel te komen (de zogenoemde 'holistische benadering'). Het gewicht dat aan ieder van de elementen wordt toegekend is bij voorbaat niet bekend.

Element	Indicatie Arbeidsovereenkomst	Indicatie Zelfstandigheid
1 Aard en duur werkzaamheden	Werkzaamheden • Zelfde als werknemers • Langere duur • Verricht binnen strak kader Inspanningsverplichting	Werkzaamheden • Specialistisch, duidelijk onderscheid met werknemers • Korte duur Resultaatsverplichting
2 Wijze bepaling werkzaamheden en werktijden	Werkverschaffer • Bepaalt waar en wanneer Werkende • Is gehouden aan protocollen, richtlijnen, instructies etc.	Werkende • Bepaalt waar en wanneer • Is niet gehouden aan protocollen etc. • Heeft veel ruimte voor eigen invulling werkzaamheden
3 Inbedding van werk en werkende	Werkzaamheden • Structureel ingebed Werkende • Is ingebed in organisatie/bedrijfsvoering (denk aan locatie, gebruik voorzieningen, rooster, deelname overleggen en bedrijfsactiviteiten, functionerings-, beoordelingsgesprekken, scholing, klachtregeling)	Werkzaamheden • Onderscheidend en/of incidenteel Werkende • Is niet ingebed in organisatie/bedrijfsvoering
4 Verplichting persoonlijke werkuivoering	Werkende • Is moeilijk te vervangen door bijzondere kennis en/of kunde • Is verplicht werkzaamheden zelf uit te voeren, geen vervanging toegestaan, of slechts na vorm van goedkeuring	Werkende • Kan zich (meer dan incidenteel) vrij laten vervangen, ook als 'verdienmodel'
5 Totstandkomingswijze contract	Werkverschaffer • Stelt overeenkomst op, geen/weinig mogelijkheid tot onderhandelen voor werkende	Partijen • Zijn gelijkwaardig, werkende heeft onderhandelingsruimte Werkende • Bepaalt vooral inhoud van contract, kan eigen voorwaarden toepassen
6 Totstandkomingswijze en voldoen beloning	Werkverschaffer • Stelt vaste vergoeding per tijdseenheid vast • Betaalt via loonadministratie (al dan niet met inhouding loonheffingen) • Betaalt werkende door bij ziekte en/of vakantie	Werkende • Krijgt een (variabele) all-in-vergoeding per opdracht • Stuurt zelf facturen en bepaalt (mede) hoogte beloning • Krijgt geen vergoeding bij ziekte en/of vakantie • Heeft resultaatsverplichting
7 Hoogte beloning	Werkende • Ontvangt vergelijkbare beloning aan wat gebruikelijk is in dienstbetrekking	Werkende • Ontvangt (aanzienlijk) hogere beloning dan wat gebruikelijk is in dienstbetrekking
8 Commercieel risico	Werkende • Loopt geen risico's contrair aan een arbeidsovereenkomst. • Niet (direct) financieel aansprakelijk voor geleverde zorg, werkt niet met eigen bedrijfsmiddelen	Werkende • Loopt wel risico op financiële aansprakelijkheid voor geleverde zorg (al dan niet verzekerd) • Loopt risico (bijv. doorbelaste praktijkkosten) zonder vergoeding te ontvangen (bijv. risico op non-betaling) • Krijgt benodigde herstelwerkzaamheden voor eigen rekening
9 Ondernemerschap	Werkende • Gedraagt zich in economisch verkeer niet als ondernemer. • Verricht geen acquisitie, staat bij medewerkers op praktijkwebsite, weinig opdrachtgevers, niet KvK-ingeschreven, geen eigen website en maakt gebruik van werkkleding van de werkverschaffer etc.	Werkende • Verwerft een reputatie en wordt fiscaal behandeld als ondernemer, heeft korte opdrachten etc. • Werkt met eigen voorzieningen, apparatuur
10	Daadwerkelijke betekenis contract	

VvAA

Figuur 2

Initiatiefwetsvoorstel Zelfstandigenwet

VvAA 2026

Kernelementen

- 1 **Zelfstandigentoets**
 - a. KvK-inschrijving
 - b. BTW-nummer
 - c. Extern ondernemerschap
 - d. Voorziening ziekte/pensioen
- 2 **Werkrelatietoets**
 - a. Wil van de partijen
 - b. Vrijheid werktijd
 - c. Vrijheid organisatie werk
 - d. Hiërarchische controle
- 3 **Sectoraal rechtsvermoeden**
 - Bij hoog risico op schijnzelfstandigheid
 - Bijvoorbeeld bij grote rol kwaliteit en veiligheid
 - Aanvulling op algemeen rechtsvermoeden uit Vbar
- 4 **Commissie beoordeling toetsingskader**
 - Beoordeling: bindende kwalificatie werkrelatie
 - Op voorspraak van (een van) beide partijen
 - Oordeel anoniem gepubliceerd: bredere werking

Opvallende punten

- Zelfstandigheid zzp'er als startpunt in oordeelsvorming arbeidsrelatie
- Keuzevrijheid invulling voorzieningen arbeidsongeschiktheid/pensioen
- De wil der partijen weer van belang in het oordeel over de arbeidsrelatie
- Het element inbedding als zodanig geen onderdeel van toetsingskader
- Algemene protocollen veiligheid/kwaliteit geen aanwijzing voor gezag
- Rechtsvermoeden van een arbeidsovereenkomst uit Vbar blijft overeind

VvAA

Figuur 1

Intercongress Mallorca 2026

Tandheelkundige verdieping met een mediterrane twist!



Mallorca wordt onze nieuwe parel binnen Intercongress: een eiland waar zon, zee en sierlijke straatjes het decor vormen voor een krachtig wetenschappelijk programma. Eric van der Winden laat je zien hoe esthetische tandtechniek tot leven komt. Eric-Jan Royakkers neemt je mee in zijn visie op totale rehabilitaties en functionele esthetiek, met praktische inzichten die direct toepasbaar zijn. Verwacht inspiratie die je meteen wilt toepassen in de praktijk.



WOENSDAG 23 T/M
ZATERDAG 26 SEPTEMBER 2026



HOTEL PURE SALT ****
PORT DE SOLLER



Eric van der Winden
Meester in esthetische
tandtechniek



Eric-Jan Royakkers
Tandarts



Jacqueline Surtea
Host



InterCongress
Tandheelkundige nascholing

We zien je graag bij een van onze congressen!

Meer info over
de sprekers en
het programma:





Köln 75 (2025)
geregisseerd
door Ido Fluk

De Duitse scholiere Vera Brandes is met een vriendin naar een jazzclub geweest. Na afloop vraagt de optredende artiest Ronnie Scott of Vera hem wil helpen met het organiseren van een tournee door Duitsland. Als zij 's avonds laat thuiskomt, wordt ze opgewacht door haar vader, die haar verwijt dat ze morgen school heeft en meer moet doen om iets in het leven te bereiken. Vera kijkt de kijker aan en zegt: "Hij is tandarts."



TEKST: HENK BRAND

Vervolgens zien we dat haar vader bij een patiënt begint te boren. De patiënt kermt het uit de pijn, wat in de aangrenzende huiskamer wordt gehoord door Vera, haar moeder en broer, die bezig zijn met het ontbijt. Vera's moeder kijkt op haar horloge. "Dat moet de wortelkanaalbehandeling van de heer König zijn."

De tandartspraktijk heeft voor Vera een groot voordeel. Op momenten dat haar vader er niet werkt, sluipt zij stiekem naar de praktijk om de telefoontjes te plegen voor het organiseren van de tournee voor Ronnie Scott. Om de indruk te wekken dat ze een internationaal bekende manager is, praat ze in het Engels met de clubbeigeinen, terwijl haar vriendin Isa op de achtergrond rockplaten draait. De eerste concerten worden geboekt. Vera en Isa roken sigaretten en inhaleren lachgas uit ballonnen, gevuld uit de apparatuur van vader.

Als vader op een gegeven moment meldt dat hij 's morgens zo'n vreemde geur in zijn praktijk ruikt, besluit Vera haar eigen bureauimte te huren. Ze gaat naar Berlijn, waar ze jazzpianist Keith Jarrett hoort spelen. Vera besluit een concert met hem in de opera in Keulen te organiseren. Om de huur voor de opera te kunnen betalen, gaat ze langs bij haar ouders. Die hebben zojuist gehoord dat hun dochter van school is gestuurd. Als Vera om een lening van 10.000 Mark vraagt, slaat haar vader haar in het gezicht. Met een bloedende lip vlucht Vera het huis uit. Even later verontschuldigt hij zich hiervoor, maar hij maakt Vera duidelijk dat ze geen cent van hem krijgt. Enkele dagen later bezoekt moeder Vera in haar appartement met een check van 10.000 Mark op één voorwaarde: als het Vera niet lukt om het geld terug te betalen, moet ze alsnog haar school afmaken en tandarts worden.

Vera smeekt een diskjockey van een bekende radiozender om aandacht te besteden aan het komende concert van Keith Jarrett: "Als ik geen kaartjes verkoop, moet ik tandarts worden." De diskjockey belooft het met de opmerking: "Ik kan tandartsen niet uitstaan." Nadat op het laatste moment allerlei technische problemen zijn overwonnen, vindt het concert plaats in een uitverkocht operagebouw, in aanwezigheid van Vera's ouders. Vera begint een succesvolle carrière als impresario met een eigen platenlabel. Op haar vijftigste verjaardag zegt haar vader dat ze een mislukking is. Ze antwoordt dat hij een verschrikkelijke vader was.

Köln 75 wordt op dit moment via verschillende streamingdiensten aangeboden. ■

MEER DAN TANDARTS

Bouke de Vries – voorzitter christelijk zangkoor

Tandarts Bouke de Vries ging per 1 mei met pensioen. Dat geeft hem nog meer tijd voor zijn andere functies: voorzitter van een christelijk zangkoor en voorzitter van het muziektheater in zijn geliefde Rozenburg.

TEKST: ANNE DOELEMEN

"Ik ben nu bijna tien jaar voorzitter van Christelijk Gemengd Koor Canticum Novum. Dat is een soort oratoriumvereniging met 35 leden. Ik zing zelf al veertig jaar en het koor bestaat al vijftig jaar. We zingen vooral klassieke kerkmuziek, maar soms ook wel moderne stukken, van John Rutter bijvoorbeeld. Wat ik vooral leuk vind aan zingen, is dat je je dagelijkse besommeringen opzij kunt zetten. Je bent met leuke dingen bezig, waar je je volledige aandacht bij nodig hebt. Ik kan tijdens het zingen bijvoorbeeld niet even stiekem googelen op mijn telefoon. We zijn de hele avond intensief bezig en praten na de zang altijd nog een uurtje na. We zeggen alles tegen elkaar. Het is een heel vertrouwd groepje. Het is fijn om je elke week op een andere manier te kunnen uiten."

Ave Maria

"Zingen verzet je gedachten. Vroeger had ik naast mijn werk een druk gezin met vier dochters. Van zingen kom ik echt tot rust. Het verrijkt je

leven ook. Je komt met veel mensen in contact, er gaat een wereld voor je open. De cultuurwereld kende ik niet. Het is een heel bijzondere wereld, heel anders dan hoe ik mijn leven leef als tandarts. Het zijn aparte mensen. Ze zijn allemaal een beetje gek. Hoe die mensen zich kleden bijvoorbeeld: met lange gewaden met allerlei kleuren, wild haar, heel extravagant. Dat vind ik prachtig. Ik vind het knap dat je zo kunt zijn. Zo ben ik zelf niet. Ik heb veel respect voor dat soort mensen. Zij zijn allemaal genetisch heel anders dan ik. Dat vind ik het mooie van cultuur. Het zingen doet me veel. Soms grijpen teksten me echt aan. Dat geeft me veel voldoening. Ik vind vooral het Ave Maria van Schubert fantastisch om te zingen, maar ben ook gecharmeerd van het Laudate Dominum van Mozart, de Deutsche Messe van Schubert en Cantique de Jean Racine van Gabriel Fauré. Grote stukken als de Messiah van Händel, de Johannes-Passion van Bach en het Weihnachts-Oratorium van Bach zing ik inmiddels bij wijze van spreken van achter naar voren en van voren naar achter. Dat is fantastisch om te doen."

Oliebollen bakken

"Ik heb altijd vrijwilligerswerk gedaan in Rozenburg, het dorp bij Rotterdam waar ik ben geboren en getogen en waar ik alweer lange tijd woon. Eerst was dat voor de kerk, daarna voor de scholen van de kinderen, nu voor het koor. Ik wilde wel voorzitter worden van Canticum Novum, maar ik wilde niet alles zelf doen. Daarom heb ik voor alles commissies ingesteld, bijvoorbeeld voor reizen, activiteiten, feesten en de kas. Ik wilde medewerking hebben van het hele koor en de taken verdelen. Dat is gelukt. Het geeft draagvlak in de vereniging en betrokkenheid. We doen veel acties om geld te genereren, zoals oliebolletjes of ijzerkoekjes bakken. Dat wordt ontzettend breed gedragen en daar ben ik blij mee.

Ik ben ook medeoprichter van een theater. We hebben met een stichting een kerk gekocht en omgebouwd tot Muziektheater De Ontmoeting in Rozenburg. Dat draait volledig op vrijwilligers. Er repeteren meerdere muziekverenigingen; naast ons onder meer een mannenkoor, een dameskoor, de harmonievereniging en een popkoor. Ahmed Aboutaleb, voormalig burgemeester van Rotterdam, komt graag in ons theater. Tien jaar geleden ontving ik van hem een lintje in de mooie Bur-

gerzaal van Rotterdam. Dat heb ik heel erg gewaardeerd. We treden met CGK Canticum Novum twee keer per jaar op in ons muziektheater. Vorig jaar hadden we ons jubileumconcert. Met 150 man was dat uitverkocht."

Familie Von Trapp

"Mijn dochters zijn allemaal heel muzikaal. Ze spelen piano en orgel, dat is wel heel bijzonder. De drie jongsten hebben ook allemaal op een koor gezeten. We hebben eens op een familiefeest de familie Von Trapp nagedaan, uit de film The Sound of Music.

Buiten het koor zing ik verder bijna nooit. Behalve een keer in Parijs. Mijn vader is van Friese komaf en door hem kan ik het Friese volkslied zingen. Toen we eens in Parijs waren, kwam ik daar een Nederlandse zanger tegen. Hij kende het Friese volkslied ook. En wampel, toen hebben we dat samen in een restaurant gezongen. Heel toevallig kwam een vriend van mij een week later in datzelfde restaurant in Parijs. Vertelde die uitbater dat hij vorige week een gekke man te gast had die het Friese volkslied begon te zingen. Dat was ik dus, niet te geloven." ■



FOTO: BOUKE DE VRIES



FOTO: BOUKE DE VRIES



ADVERTENTIE

TE KOOP

Westerdijk 18 Utrecht Centrum



Pand 600 m² voor te realiseren Kliniek, Praktijkruimte, Medisch Centrum, e.d. Mogelijk gedeeltelijke woonbestemming.

Info: vanrossummakelaars.nl

☎ 030 - 231 52 54

Mondhygiënist, medisch antropoloog en promovenda Alice Grasveld: “Mondgezondheid stimuleren bij kinderen moet je echt bottom-up doen”

Alice Grasveld reisde in 2009 als vrijwillig mondhygiënist met de Dutch Dental Care Foundation mee naar Kenia. Gefascineerd door de Keniaanse cultuur ging ze medische antropologie studeren en schoonde ze zich in participatief actieonderzoek. Inmiddels werkt ze intensief aan haar promotie op de afdeling Kindertandheelkunde bij ACTA, met data afkomstig van projecten in het zuiden van Kenia en in de Haagse Schilderswijk. Om al haar interesses en ervaringen te bundelen, richtte Grasveld in 2018 The Healthy Teeth Foundation op.

TEKST: KEES ADOLFSEN

The Healthy Teeth Foundation (THTF) is opgericht vanuit een helder motto, ontleend aan Nelson Mandela: *Education is the most powerful weapon which you can use to change the world*. THTF streeft naar een wereld waarin ieder kind naar school kan, maar in de sloppenwijken van Afrika lijkt die realiteit ver weg. Zo'n 80 procent van de kinderen kampt er met tandbederf, en kiespijn behoort tot de belangrijkste redenen voor schoolverzuim. Wie thuisblijft vanwege pijn, mist onderwijs en blijft zo gevangen in de armoede. Met THTF wil Grasveld dat patroon doorbreken: "Ieder kind verdient een pijnvrije mond, zodat school geen last maar een vanzelfsprekende stap richting de toekomst wordt. Daarom richt ik mij op eenvoudige, bewezen interventies: gesuperviseerde handenwas- en tandenpoetsprogramma's op scholen om tandbederf én diarree terug te dringen. Cruciaal is daarbij samenwerking met de gemeenschap. We luisteren naar lokale ideeën over preventie, sluiten aan bij bestaande gewoonten en helpen die te versterken. Want duurzame verandering begint bij mensen zelf, en bij de kans om zonder pijn naar school te gaan."

Lokale omstandigheden

In een land als Kenia werkt het meestal niet om via de (nationale) overheid de lokale gemeenschap te bereiken. Overheidsorganisaties kennen de lokale omstandigheden in de sloppenwijken niet goed. Wie wel veel invloed op de mentaliteit van de mensen hebben, zijn *elders* (oudere wijze mannen), religieuze leiders en traditionele *healers*. Zij zijn belangrijk om iedereen mee te krijgen in een mentaliteits- en gedragsverandering. "Ik heb met veel van hen gesproken," vertelt Grasveld, "maar ook met de *area chief* en het hoofd van de school waar ik het project in 2019 ben gestart. Die laatste was direct enthousiast. Het is belangrijk om bij veel mensen thuis of op het werk langs te gaan als je ze wilt interviewen en voorlichten."

Op de betreffende basisschool in Kenia brachten Grasvelds onderzoeksproject en de inbreng van THTF geleidelijk veel veranderingen. Water en sanitatie zijn basisvoorwaarden om gezondheidsverbeteringen te realiseren. De bouw van een watertoren was dan ook een cruciale stap, waarvan de impact veel verder reikt dan een betere mondgezondheid alleen. Dagelijks handenwassen en tandenpoetsen hebben geleid tot een merkbare verbetering van de algemene gezondheid van de kinderen. Tijdens een regionale uitbraak van *redeye disease* bleken de leerlingen op deze school bijvoorbeeld geen besmettingen te hebben. Ook hoeven kinderen niet langer zware jerrycans

mee te sjouwen: schoon water is nu gewoon op school beschikbaar. Met het water werd bovendien een moestuin aangelegd, waarvan de groenten worden gebruikt voor de schoolmaaltijden. Het resultaat: de kinderen eten gezonder. De school werd verkozen tot de beste in de regio en ontving van de overheid extra financiering voor



nieuwe klaslokalen. Grasveld bezoekt het schoolproject ieder jaar, op twee coronajaren na: "Inmiddels wordt er, mede gefinancierd door de THTF, een nieuwe keuken gebouwd bij de school. De watertoren en de keuken kwamen tot stand via *co-funding*: niet alleen sponsors, maar ook de school en de gemeenschap legden geld in. Dat creëert eigenaarschap, een belangrijke voorwaarde voor duurzame ontwikkelingssamenwerking. Want het langetermijndoel is natuurlijk dat wij het project loslaten en het helemaal draait op lokale kracht."

Grassroots

Voorwaarde voor de continuering van dit soort projecten is volgens Grasveld de samenwerking met lokale *grassroots*-organisaties. Dit zijn organisaties van lokale vrijwilligers die geworteld zijn in de lokale community. Voor het opbouwen en bestendigen van zulke samenwerkingsrelaties verbleef Grasveld meerdere maanden in Kenia en eerder al in Kaapstad (Zuid-Afrika). Ze traint mensen in het geven van voorlichting over mondgezondheid – vooral over preventie, correcte poets technieken en voedingsgewoonten. Zij gaan daarna naar scholen, *children's homes* en kerken. "Zelf ben ik jaarlijks enkele weken op locatie," legt Grasveld uit, "maar het grootste deel van het jaar gaan deze getrainde lokale teams eropuit. Inclusief educatiemateriaal, met tandenborstels, tandpasta en zeep. Alles, inclusief onkosten, wordt volledig vergoed. De support van Colgate Kenya garandeert inmiddels continuïteit in het kunnen uitdelen van tandenborstels en tandpasta."

Vuilnisbelt

Een van de grassroots-organisaties waarmee Grasveld samenwerkt, heeft een bijzondere oorsprong. De organisatie is opgezet door een vrouw die is geboren en getogen op de Dandora Dumpsite, de grootste vuilnisbelt van Oost-Afrika, gelegen tussen de sloppenwijken van Nairobi. Hier 'wonen' veel gezinnen die leven van het verzamelen van recyclebare materialen. Grasveld: "Het is eigenlijk onmenselijk om daar te leven. Als de kinderen uit deze gezinnen niet naar school gaan, blijven ze er hun leven lang. Een Italiaanse organisatie heeft hier een school opgezet, waar wij een poets- en handenwasproject uitgerold hebben. Bovendien zijn de kinderen en docenten tandheelkundig behandeld bij een lokaal ziekenhuis, bekostigd door THTF. De vrouw met wie we nu samenwerken, heeft zich opgewerkt en zelf een organisatie opgezet. Ze is nu een rolmodel voor alle kinderen daar."

In Kenia en Zuid-Afrika bestaan geen verzekeringen voor tandheelkundige zorg. Wel kunnen kinderen in Kaapstad gratis naar de tandarts op de universiteit. Maar vaak betekent dat een enorme reis, die weer geld kost. Ouders die hun kind willen begeleiden, moeten daar een dag vrij voor nemen. En omdat de zorg gratis is, staat er altijd een enorme wachtrij voor de deur, zodat je er ook nog eens heel vroeg bij moet zijn. In de praktijk gaan kinderen alleen in noodgevallen.

Vanuit THTF kunnen kinderen, als Grasveld hier één keer per jaar is, alsnog van deze mondzorg gebruikmaken, met financiering vanuit de stichting van reiskosten (Kaapstad) of zorgkosten (Kenia). Op die basis kunnen ook in Nairobi kinderen naar de lokale tandarts in het ziekenhuis nabij de sloppenwijk. In Kenia wordt ook hulp geboden door zogeheten Community Oral Health Officers (COHO's), met een positie tussen die van mondhygiënist en tandarts in. Zij gaan met Grasveld mee om voorlichting te geven op scholen en buurtcentra en werken daarnaast mee op de dental camps van de Dutch Dental Care Foundation, die over behandelstoelen, sterilisatieapparatuur en instrumentarium beschikt die Grasveld niet kan bieden. Daar geven de COHO's ook basale tandheelkundige zorg, zoals het doen van extracties.



Schilderswijk

Ten behoeve van haar promotieonderzoek onderzocht Grasveld niet alleen op welke manier de mondgezondheid in Kenia kan worden gestimuleerd. Eenzelfde onderzoeksproject deed ze in de Haagse Schilderswijk. Ook hier constateerde ze dat alleen een bottom-up benadering goed werkt, ook al zijn de omstandigheden volkomen verschillend. De kinderen kunnen in Den Haag gratis naar de schooltandarts, maar op de school waar Grasveld haar onderzoeksproject deed, ging de facto slechts 20%. Daar zijn volgens Grasveld verschillende verklaringen voor: "Ouders met een migratieachtergrond zijn vaak gewend alleen naar de tandarts te gaan als het flink mis is met hun gebit, als ze pijn hebben. In hun land van herkomst is de tandarts vaak onbetaalbaar en onbereikbaar. Ze snappen daardoor het belang niet van preventief bezoek aan de tandarts. Ook kan het zijn dat ze bang zijn dat er toch kosten aan verbonden zijn. Voor de reis bijvoorbeeld, terwijl ze meestal geen OV-pas hebben. Bovendien zaten er ook ongedocumenteerde kinderen op deze school. Die gaan niet naar een huisarts of tandarts, omdat ze buiten elk systeem willen blijven, uit angst dat ze opgepakt en uitgezet worden. Een groot verschil met Kenia is dat de kinderen hier heel mondig zijn en hun mening geven. In migratiegezinnen zijn zij vaak degenen die Nederlands spreken. Het komt er dus op aan om via de kinderen de ouders te bereiken en voor te lichten. Natuurlijk heeft de school zelf hierin ook een belangrijke taak."

Anders dan in Kenia is het in een achterstandswijk als de Haagse Schilderswijk ook van groot belang om iets te doen aan de ongezonde voedselomgeving. Er zijn veel snackbars en snoepwinkels. Het belang van het stimuleren van mondgezondheid is groot. Volgens het Signalement Mondzorg (2018) is er duidelijk één groep die de meeste risico's loopt: van de 5-jarige kinderen met én een migratieachtergrond én een lage sociaaleconomische situatie (SES) bleek niet minder dan 75% cariës te hebben.



Mondhygiënist Alice Grasveld

Braziliaanse kinderen

Alice Grasveld combineert momenteel drie activiteiten. Ze werkt in een praktijk als mondhygiënist, werkt op ACTA aan haar promotieonderzoek en beheert daarnaast haar stichting en doet kortdurende projecten. Recent gaf ze bijvoorbeeld, samen met een team van Nederlandse mondzorgprofessionals, poetsles en voorlichting aan ongedocumenteerde Braziliaanse kinderen in Amsterdam in het kader van World Oral Health Day. Via de Dutch Dental Care Foundation kent ze twee tandartsen die ook werkzaam zijn bij de Kruispost in Amsterdam: "Op de Kruispost kunnen deze kinderen voor kiespijn worden behandeld. Voor deze groep, die dus geen toegang heeft tot reguliere (mond)zorg, maakt dat een wereld van verschil. Dat is wat THTF wil: de meest kwetsbare, vaak onzichtbare kinderen bereiken."

Support

Met alle kosten die THTF maakt in Afrika, is het natuurlijk van belang om financieel ondersteund te worden. Die steun komt niet van de overheid. De stichting draait mede dankzij sponsoring van onder meer Rotaryclubs, vrienden en familie en van verschillende goededoelenorganisaties, waaronder Wings of Support van KLM. Bijzonder is dat Wings of Support inmiddels niet alleen de THTF-projecten ondersteunt, maar ook de lokale grassroots-organisaties met wie THTF in Kenia en Zuid-Afrika samenwerkt. Zij krijgen steun voor hun eigen dans-, kunst-, gezondheids- en scholingsprogramma's voor kinderen, een versterkend effect dat de sloppenwijken direct ten goede komt. ■

THTF is voor de voortzetting van haar werk afhankelijk van aanvullende financiering. Grasveld bewaakt de continuïteit van lopende projecten en gaat momenteel één periode per jaar naar Afrika. Na haar promotie verwacht ze zeker nieuwe projecten op te starten, mogelijk in andere landen. Extra middelen voor de komende jaren blijven sowieso noodzakelijk. Op dit moment zijn er nog geen mondzorgpraktijken als vaste sponsor aangesloten. Praktijken die willen bijdragen aan een betere mondgezondheid voor kinderen in binnen- en buitenland, kunnen zich aanmelden via: <https://www.healthyteethfoundation.com/>

Preoperatieve hulpmiddelen die inzicht geven in de pulpastatus

Dit is paragraaf 3.3 uit het naslagwerk *Endodontische behandelingen* van Geertje Van Gorp, geschreven voor de serie *AccreDidact* (Utrecht, december 2025). Zie ook het interview met de auteur hiernaast.

Pijnanamnese bij kinderen met diepe of extreem diepe cariëslaesies¹⁻³

Kinderen kunnen, afhankelijk van hun leeftijd, niet altijd duidelijk aangeven of ze tandpijn hebben, welk soort pijn ze ervaren of welk gebitselement precies pijn doet. Pijn is een subjectieve ervaring en is bij kinderen, nog meer dan bij volwassenen, sterk afhankelijk van de situatie. Een goede inschatting van de mate van pijnbeleving bij jonge kinderen met een of meerdere cariëslaesies kan worden verkregen door een combinatie van vragen aan de ouder en het kind en door klinische observaties.

Bij jonge kinderen is het vaak moeilijk om pijnbeleving rechtstreeks te bevragen. Toch is het belangrijk het kind de kans te geven zijn ervaringen te delen. Ouders kunnen verder waardevolle informatie verstrekken door vragen te beantwoorden zoals:

- Is er een voorgeschiedenis van pijn?
- Wat is de belangrijkste pijnklacht? Wanneer treedt deze op?
- Wat is de intensiteit van de pijn? Is pijnstilling nodig en zo ja, werkt deze effectief?
- Is er sprake van nachtelijke pijn? Heeft het kind moeite om in slaap te vallen?
- Wordt de pijn uitgelokt door eten of weigert het kind voedsel dat het anders graag eet?

Het is belangrijk alert te zijn op interdental voedselimpactie, aangezien dit irritatie van de papil kan veroorzaken en pijnklachten kan uitlokken die lijken op irreversibele pulpitis, zoals spontane pijn, percussiegevoeligheid en bloedend tandvlees. Deze klachten staan echter niet direct in verband met de pulpa.⁴

Gedragingen die duiden op tandpijn

Het kan nuttig zijn de ouders te vragen naar specifieke gedragingen, zoals het weigeren van voedsel, snoep of dranken die het kind eerder wel graag at of

Figuur 1 Voedselimpactie



a-c Bij deze vierjarige patiënt trad pijn op tijdens het eten, veroorzaakt door voedselimpactie tussen 75 en 74. Dit leidde tot irritatie van de interdental papil.



d De radiologische evaluatie toonde een matig diepe cariëslaesie die zich tot in het midden van het dentine uitstrekte.



e De Hall-techniek werd toegepast bij 74, en in een volgende zitting, bij 85.

dronk. In een studie van Versloot worden zeven gedragingen beschreven die ouders kunnen helpen tandpijn bij hun kind te herkennen:⁵

- wegduwen van eten;
- moeite met tandenpoetsen, vooral in de onderkaak of alleen de bovenkaak poetsen;
- problemen met kauwen;
- grijpen naar de wang tijdens het eten;
- uitsluitend kauwen met de molaren en het vermijden van de voortanden;
- aan één kant kauwen;
- huilen onder het eten.

Relatie tussen pijn en angst

Pijn en angst zijn bij kinderen onlosmakelijk met elkaar verbonden. Pijn kan angst veroorzaken, terwijl angst de pijnervaring kan versterken. Daarom is het essentieel tijdens het klinisch en röntgenonderzoek, en vooral tij-

dens de behandeling, het kind zo min mogelijk pijn te laten ervaren. Een goede verdoving, actief luisteren naar het kind en begrip tonen voor zijn angst kunnen hierbij een groot verschil maken.

Ook externe factoren spelen een belangrijke rol. Een onbekende omgeving, een tandarts die het kind nog niet eerder heeft ontmoet, stress bij de ouders, verhalen van klasgenootjes en het karakter van het kind kunnen allemaal bijdragen aan verhoogde angst en verminderde medewerking in de tandartsstoel.

Radiologische diepte en lokalisatie van een diepe of een extreem diepe cariëslaesie

Pulpaontsteking in een tijdelijk gebitselement kan sneller optreden bij een proximale cariëslaesie waarvan de randlijst niet meer intact is.⁶ Bij occlusale en proximale cariëslaesies waarvan minder dan 50% van het dentine is aangetast, is de mate van pulpaontsteking doorgaans minimaal en vergelijkbaar. Wanneer een cariëslaesie echter meer dan 50% van het

Figuur 2 De radiologische diepte en lokalisatie van een diepe of een extreem diepe cariëslaesie



a-b 65: occlusale cariëslaesie \geq de helft van het dentine; minder pulpaontsteking dan bij 'c'

c-d 55: proximale cariëslaesie \geq de helft van het dentine; meer pulpaontsteking dan bij 'a'. Element 54: matig diepe cariëslaesie.

dentine omvat, lijkt de ontsteking bij proximale cariëslaesies ernstiger te zijn dan bij occlusale cariëslaesies.⁷

Geschatte hoeveelheid gezond dentine die op de röntgenfoto zichtbaar is

Een resterende dentinedikte van ≥ 1 mm biedt doorgaans voldoende bescherming voor de pulpa, mits deze gezond is. Wanneer de resterende dentinedikte tussen 0,5 mm en 1 mm ligt, moet pulpa-expositie echter zorgvuldig worden vermeden. Indien er sprake is van pijn, meer dan twee derde van het dentine door het cariësproces is aangetast en de resterende dentinedikte ≤ 1 mm is, wordt histologisch vaak waargenomen dat de pulpa ontstoken is. Bij een dentinedikte van 0,25-0,5 mm is de kans hierop aanzienlijk verhoogd.⁸⁻¹¹

Klinische en radiologische bevindingen bij een gesloten versus open omgeving

Een gesloten omgeving leidt tot een actieve en snelle voortgang van het cariësproces, gekenmerkt door geel, nat en zacht gedemineraliseerd dentine. In deze situatie is het risico op een ontstoken pulpa verhoogd, terwijl er nauwelijks tot geen tertiair dentine wordt gevormd. In een open omgeving verloopt het cariësproces daar-

entegen trager, en is het dentine donkerder, droger en harder. In dit geval wordt voornamelijk occlusaal tertiair dentine gevormd.¹² ■

Noten

1. Camp JH. Diagnosis dilemmas in vital pulp therapy: treatment for the toothache is changing, especially in young, immature teeth. *Pediatr Dent* 2008;30:197-205.
2. Guelmann M, Pileggi R. Chapter 9, Guidance to Achieve Clinical Pulpal Diagnosis and Operative Decisions. Eds Fuks A, Moskovitz M, Tickotsky N. *Contemporary Endodontics for Children and Adolescents*. Springer, Cham; 2023:111-125.
3. Ram D, Davidovich E. Chapter 4, Assessment and Management of Pain in Pediatric Dentistry. Eds Fuks A, Moskovitz M, Tickotsky N. *Contemporary Endodontics for Children and Adolescents*. Springer, Cham; 2023:p31-40.
4. Fuks AB, Kupietzki A, Guelmann M. Chapter 23, Pulp Therapy for the Primary Dentition. Eds Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*. St Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2013:333-351.
5. Versloot J, Craig KD. The communication of pain in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2009;10:61-66.
6. Duggal MS, Nooh A, High A. Response of the primary pulp to inflammation: a review of the Leeds studies and challenges for the future. *Eur J Paediatr Dent* 2002;3:111-114.
7. Kassa A, Day P, High A, Duggal M. Histological comparison of pulpal inflammation in primary teeth with occlusal or proximal caries. *Int J Paediatr Dent* 2009;26-33.
8. Gopinath VK, Anwar K. Histological evaluation of pulp tissue from second primary molars correlated with clinical and radiographic caries findings. *Dent Res J (Isfahan)* 2014;11:199-203.
9. Rayner JA, Southam JC. Pulp changes in deciduous teeth associated with deep carious dentine. *J Dent* 1979;7:39-42.
10. Murray PE, Smith AJ, Windsor LJ, Mjör IA. Remaining dentine thickness and human pulp responses. *Int Endod J* 2003;36:33-43.
11. Murray PE, Smith AJ, Garcia-Godoy F, Lumley PJ. Comparison of operative procedure variables on pulpal viability in an ex vivo model. *Int Endod J* 2008;41:389-400.
12. Bjørndal L. The caries process and its effect on the pulp: the science is changing and so is our understanding. *Pediatr Dent* 2008;30:192-196.

Figuur 3 Hoeveelheid gezond dentine die op de röntgenfoto zichtbaar is



a Element 85 en 84: dentinedikte ≥ 1 mm, normale pulpa.

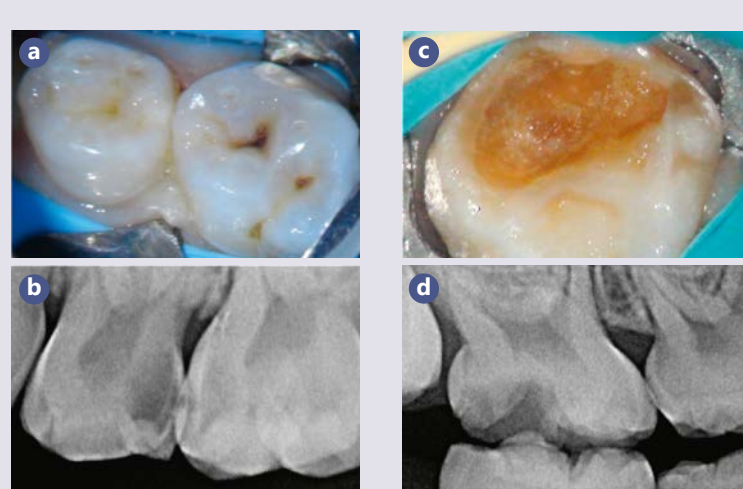
c Element 75: dentinedikte tussen 0,25 en 0,5 mm, de kans is groot dat de pulpa ontstoken is.

b Element 85: dentinedikte tussen 0,5 en 1 mm, er bestaat een kans dat de pulpa ontstoken is.

d Element 55: dentinedikte ≥ 1 mm, er bestaat een kleine kans dat de pulpa ontstoken is;

Element 54: dentinedikte tussen 0,25 en 0,5 mm, teruggetrokken pulpahoorn, de kans is groot dat de pulpa ontstoken is.

Figuur 4 Gesloten versus open omgeving



a-b Element 55 en 54: gesloten omgeving, extreem diepe cariëslaesies, geen tertiair dentine.

c-d Element 55: open omgeving, er is een dentineband, occlusaal vorming van tertiair dentine.

Kindertandarts en endodontoloog dr. Geertje Van Gorp

“Met correcte endodontische behandeling kan je tijdelijk gebitselement behouden”

Een endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement kan technisch uitdagend zijn. Bovendien is de medewerking van een kind niet altijd vanzelfsprekend. Toch geeft de Vlaamse endodontoloog en kindertandarts Geertje Van Gorp, zeker bij tweede melkmolaren en indien mogelijk, de voorkeur aan een endodontische behandeling boven extractie om latere problemen te voorkomen.

TEKST: ANNE DOELEMEN

Waarom zou je kiezen voor een endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement in plaats van een extractie?

Bij vroegtijdig extraheren van een tijdelijk gebitselement, zeker een tweede melkmolaar, kunnen later problemen ontstaan met de doorbraak van definitieve tanden. De eerste definitieve molaar kan namelijk kantelen in de ontstane ruimte, wat leidt tot ruimteverlies en mogelijk eruptieproblemen van de definitieve opvolger. Met een goede indicatiestelling en met een correct uitgevoerde endodontische behandeling kan een tijdelijk gebitselement behouden worden in de tandenboog tot zijn normale fysiologische resorptie en wisseling.

Wat zijn de indicaties voor een endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement?

De indicaties voor een endodontische behandeling worden vastgesteld op basis van zorgvuldig klinisch en radiologisch onderzoek. Het betreft meestal actieve, diepe tot zeer diepe cariëslaesies met cavitatie, waarbij de patiënt niet in staat is de laesie adequaat zelf te reinigen. In dergelijke situaties is restauratief herstel noodzakelijk. Daarnaast is een nauwkeurige beoordeling van de pulpastatus essentieel om tot een juiste behandelkeuze te komen. Een endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement wordt in de literatuur doorgaans aangeduid als pulpathapie. Deze omvat zowel vitale pulpathapie, waaronder indirecte pulpaoverkapping en pulpotomie, als niet-vitale pulpathapie, zoals pulpectomie.

Wanneer kies je voor welke behandeling?

Een indirecte pulpaoverkapping, gedefinieerd als het selectief verwijderen

van carieus weefsel tot stevig dentine, wordt toegepast bij diepe gecaviteerde cariëslaesies waarbij de pulpa gezond is of tekenen vertoont van reversibele pulpitis, zoals een verhoogde, maar geen verlengde reactie op externe stimuli, zonder spontane pijn of percussiegevoeligheid. Radiologisch is er nog een duidelijk radiopake dentinezone aanwezig tussen de cariëslaesie en de pulpa.

“De diagnose is bij kinderen complexer”

Een pulpotomie is geïndiceerd bij extreem diepe, gecaviteerde carieslaesies, waarbij de pulpa gezond is of tekenen van een reversibele pulpitis vertoont. Radiologisch wordt dit gekenmerkt door een radiolucantie die zich uitstrekt over de volledige dikte van het dentine tot aan de pulpa, zonder aanwezigheid van een radiopake dentinezone tussen de cariëslaesie en de pulpa.

Een pulpectomie is aangewezen bij extreem diepe cariëslaesies met tekenen van irreversibele pulpitis, zoals spontane, nachtelijke of aanhoudende pijn die pijnstilling vereist. Daarnaast is deze behandeling geïndiceerd bij pulpanecrose of bij een oncontroleerbare bloeding na verwijdering van het coronale gedeelte van de pulpa, wanneer initieel een pulpotomie als behandeloptie werd overwogen. Radiologisch kan hierbij een beperkte interradiculaire, laterale of apicale radiolucantie aanwezig zijn.

Hoe groot is de kans op succes van een endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement?

Het langetermijnsucces van een endodontische behandeling bij een tijdelijk gebitselement, gaande van 80 tot 95%, wordt bepaald door een zorgvuldig

afgestemde behandelkeuze, het gebruik van geschikte materialen, strikte naleving van het klinische protocol en een optimale coronale afsluiting.

Wat zijn valkuilen?

De belangrijkste valkuil bij endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement is een onjuiste indicatiestelling, met name een foutieve inschatting van de pulpastatus (reversibel versus irreversibel). Dit kan ertoe leiden dat een pulpotomie wordt uitgevoerd in een element waarvoor eigenlijk een pulpectomie geïndiceerd is. Een foutieve indicatiestelling kan ook het gevolg zijn van onvoldoende diagnostiek, zoals het ontbreken van adequaat klinisch en radiologisch onderzoek, wat bij jonge kinderen niet altijd eenvoudig is. Een bijkomende valkuil is het starten van een behandeling zonder de vereiste klinische vaardigheden of ervaring. Daarnaast kan een incorrecte inschatting van de medewerking van het kind eveneens leiden tot een niet-succesvolle behandeling.

Wat zijn de verschillen tussen een endodontische behandeling bij kinderen en volwassenen?

Een belangrijk verschil betreft de diagnostiek. Die is bij kinderen complexer door beperkte communicatie en een minder betrouwbare pijnanamnese. Daarnaast verloopt het nemen van radiologische opnamen, noodzakelijk voor een correcte indicatiestelling, bij kinderen vaak moeilijker.

“Het is essentieel zowel het kind te observeren als de ouders te bevragen”

Ook de tandmorfologie verschilt aanzienlijk. Tijdelijke gebitselementen vertonen dunnere, divergerende wortels die bovendien onderhevig zijn aan fysiologische resorptie. Dit maakt een endodontische behandeling, voornamelijk een pulpectomie, technisch complexer dan bij definitieve gebitselementen. Tot slot is de behandelbaarheid bij kinderen beperkter, aangezien endodontische behandelingen doorgaans een langere stoeltijd vereisen, wat niet altijd haalbaar is binnen de gedragsmatige mogelijkheden van het kind.

Wat zijn de technische moeilijkheden bij een pulpectomie?

Een endodontische behandeling van een tijdelijk gebitselement is technisch uitdagend door verschillende anatomische en klinische factoren. Ten eerste vertonen melkelementen dunnere en divergerende wortels die bovendien fysiologische resorptie ondergaan, wat de kanaalpreparatie

bemoeilijkt en het risico op perforatie verhoogt. Zo bestaat er een risico op beschadiging van de blijvende definitieve opvolger.

Daarnaast is de wortelkanaalanatomie complex en variabel, met een groter aantal accessorische kanalen en een moeilijk voorspelbare morfologie, wat een volledige reiniging en obturatie met resorbeerbaar kanaalvulmateriaal bemoeilijkt. Werken onder vergroting is aangewezen. Ook de beperkte toegankelijkheid en kleine werkomgeving in het mondje van het kind maken instrumentatie technisch moeilijker. Tot slot kunnen samenwerking en beperkte stoeltijd de precisie en uitvoerbaarheid van de behandeling verder beperken.

Hoe weet je of een kind een endodontische behandeling aankan?

Het eerste consult speelt hierin een cruciale rol. Kennismaken met het kind, samen met de klinische en radiologische evaluatie, biedt al een indicatie van de mogelijke medewerkingsgraad van het kind. Als een kind bijvoorbeeld niet in staat is een bitewingopname te laten maken, kan dit wijzen op onvoldoende coöperatie, waardoor een endodontische behandeling mogelijk niet haalbaar is.

Daarnaast is het van belang het gedrag en de reacties van het kind zorgvuldig te observeren en te interpreteren. Ook de betrokkenheid van de ouders is essentieel. Bij onvoldoende motivatie of interesse vanuit de ouders kan dit een relatieve contra-indicatie vormen, aangezien een endodontische behandeling, zeker een pulpectomie, bij kinderen een nauwgezette opvol-



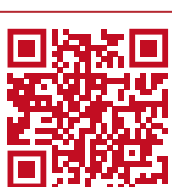
Cv Geertje Van Gorp

Dr. Geertje Van Gorp behaalde in 1983 haar tandartsdiploma en voltooide in 1986 haar masteropleiding in de Kindertandheelkunde, in 2001 gevolgd door een opleiding tot endodontoloog aan de Katholieke Universiteit Leuven. In 2023 promoveerde ze aan dezelfde universiteit. Gedurende ongeveer 20 jaar combineerde Van Gorp een verwijspraktijk voor endodontologie en tandtrauma met een aanstelling aan de Universitaire Ziekenhuizen in Leuven. Daar geeft ze nu nog onderwijs en doet ze wetenschappelijk onderzoek.

len. Klinisch wordt gelet op de uitgebreidheid van cariëslaesies, spontane of uitgelokte pijn, zwelling en eventuele fistelvorming. Sensibiliteitstesten, zoals een koudetest, worden bij jonge kinderen bij voorkeur vermeden, aangezien deze vaak onbetrouwbaar zijn en angst kunnen opwekken. Om dezelfde reden worden percussie- en mobiliteitstesten bij voorkeur met de vingers uitgevoerd in plaats van met het handvat van een mondspiegel. Radiologisch onderzoek is essentieel en richt zich op de diepte van de cariëslaesie, de afstand tot de pulpa, de aanwezigheid van interradiculaire of periapicale radiolucenties en de mate van fysiologische wortelresorptie. Ook wordt de relatie tot de onderliggende blijvende tandkiem geëvalueerd. Daarnaast is een pijnanamnese, afgenomen bij zowel het kind als de ouders, van groot belang. Jonge kinderen zijn vaak beperkt in staat om pijn nauwkeurig te lokaliseren of te beschrijven. Daarom is het essentieel zowel het kind te observeren als de ouders te bevragen, onder meer over het optreden van nachtelijke pijn, het gebruik van pijnstilling en het effect daarvan.

Wat wilt u tandartsen meegeven?

Als je vermoedt dat een kind een endodontische behandeling nodig heeft en je hier zelf onvoldoende voor bent opgeleid of onvoldoende ervaring in hebt, is doorverwijzing naar een gedifferentieerde tandarts aangewezen. Bijvoorbeeld naar een kindertandarts of naar een endodontoloog die beschikt over de nodige expertise en ook ervaring heeft met de behandeling van kinderen. Klinische testen worden bij voorkeur ook uitgevoerd door ervaren klinici, om de medewerkingsgraad van het kind niet onnodig te belasten of te verstoren. Indien mogelijk kan een radiologisch beeld worden vervaardigd, maar dit mag niet worden geforceerd. Bij de aanwezigheid van een diepe tot extreem diepe cariëslaesie met cavitatie en een vermoeden van pulpa-aantasting, verdient doorverwijzing naar een gedifferentieerd tandarts de voorkeur. Op die manier kan een optimale behandeling worden ingesteld, zonder de samenwerking en het vertrouwen van het kind al in een vroeg stadium negatief te beïnvloeden. ■



**Wij
leveren
ook direct
in Nederland.**



**www.primogroup.de
primotec@primogroup.de**

Tel. +49(0)6172-99 770-0

ADVERTENTIE



Nieuw onderzoek toont verband aan tussen obesitas bij kinderen en adolescenten en een hogere incidentie van tandplak, onbehandelde cariës en gingivitis.

FOTO: ADOBE STOCK

Onderzoek mondgezondheid van kinderen met ernstig overgewicht

BORDEAUX, Frankrijk – Onderzoek bij kinderen met ernstig overgewicht suggereert dat de mondgezondheid van deze groep vaak onvoldoende aandacht krijgt, ondanks de nauwe samenhang met het algehele welzijn. Nieuw Frans onderzoek werpt licht op de omvang van de tandheelkundige problemen van deze kinderen en op de tekortkomingen op het gebied van preventie en zorg.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Het onderzoek, uitgevoerd in een gespecialiseerd pediatriesch obesitas-centrum in Bordeaux, onderzocht de mondgezondheid van 132 kinderen en adolescenten die langdurige obesitaszorg kregen. Hieruit kwam een zorgwekkend beeld naar voren. Veel deelnemers hadden een slechte mondgezondheid. Zo was sprake van veel tandplak, onbehandelde cariës en gingivitis. De preventieve zorg aan deze groep was inconsistent. De deelnemers poetsten vaak niet goed en bij slechts een klein deel was het gebit behandeld met fluoridevernis. Een aanzienlijke minderheid van deze kinderen en adolescenten had als gevolg van de gebitsproblemen pijn en moeite met eten. Bovendien schaamden zij zich voor hun gebit. Adolescenten hadden een slechtere mondgezondheid dan jongere kinderen, met onder andere meer gevallen van gingivitis en tandsteen. De onderzoekers vonden geen significant verband tussen een verstoorde suikerstofwisseling en de aanwezigheid van gingivitis. Zij stellen dat tandvleesontsteking bij jongeren met

obesitas die nog geen diabetes hebben, wellicht eerder een gevolg is van factoren zoals tandplak en een beperkte toegang tot mondzorg dan van uitsluitend metabole veranderingen. Ernstig overgewicht beïnvloedt mogelijk het risico op parodontale aandoeningen via andere ontstekingsroutes. Het onderzoek wordt ondersteund door een review die stelt dat obesitas, vooral in combinatie met diabetes, geassocieerd is met een verhoogd risico op parodontitis en bijbehorend tandverlies. De auteurs van het huidige onderzoek stellen dat deze bevindingen de noodzaak onderstrepen om tandheelkundige professionals te betrekken bij multidisciplinaire obesitas-teams. Het verbeteren van de toegang tot preventieve tandheelkundige zorg kan helpen om de mondgezondheidsongelijkheid bij kinderen met ernstig overgewicht te verminderen. Het onderzoek, getiteld 'Oral health of children with severe or complex obesity and association of markers of glucose metabolism with gingivitis', werd online gepubliceerd in het aprilnummer 2026 van het *International Dental Journal*. ■

ADVERTENTIE

Winnaars Backer Dirks Preventieprijs 2026:

Tandpastatabletten halen niet altijd de fluoridenorm



Studenten Tandheelkunde Anne Landwer Johan en Rosemarijn van de Woestijne zijn de winnaars geworden van de Backer Dirks Preventieprijs 2026. Ze kregen de prijs uitgereikt op het jaarcongres van het Ivoren Kruis. In hun bachelorscriptie, ingediend vanuit de afdeling Preventieve Tandheelkunde van ACTA, onderzochten ze de fluorideconcentraties van een groot aantal tandpastatabletten.

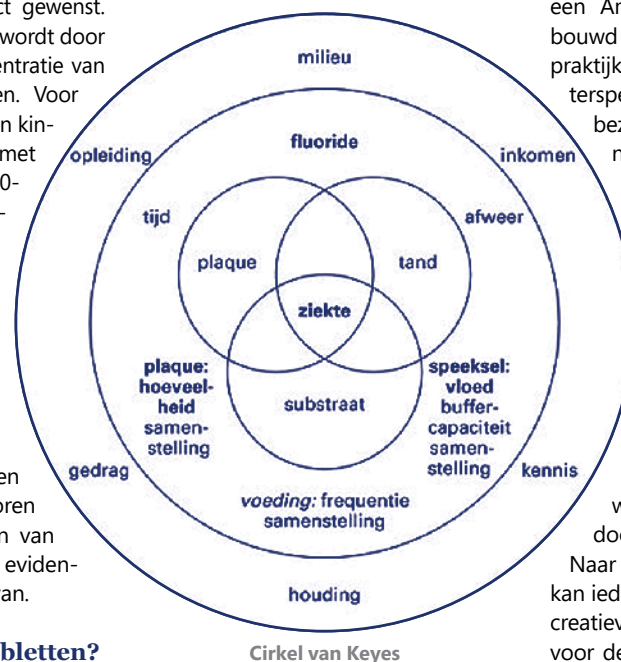
TEKST: KEES ADOLFSEN

In de inleiding motiveren de schrijvers het onderwerp waarvoor ze gekozen hebben. Vanwege de effectieve werking van fluoride wordt het tegenwoordig in veel verschillende mondhygiëneproducten gebruikt. Het is een belangrijk ingrediënt in onder andere tandpasta's, mondspoelmiddelen, tandgels en tandpastatabletten. Voor een effectieve dosering van fluoride is een minimale concentratie in het product gewenst. In conventionele tandpasta wordt door de WHO een fluorideconcentratie van 1000-1500 ppm aanbevolen. Voor kinderen tot 6 jaar wordt een kindertandpasta aangeraden met een fluoridegehalte van 400-550 ppm. Hogere concentraties van fluoride kunnen leiden tot betere preventie van cariës. Te hoge fluoridegehalten kunnen echter nadelige gevolgen hebben, bijvoorbeeld het veroorzaken van fluorose en spierspasmen. De Cirkel van Keyes laat zien dat een groot aantal factoren bijdraagt aan het ontstaan van cariës. Fluoride vervult een evidente rol in het voorkomen ervan.

Waarom tandpastatabletten?

Behalve van het belang van orale hygiëne zijn mensen zich steeds meer bewust van hun eigen ecologische voetafdruk. Het gebruik van plastic tandpastatubes is geen milieuvriendelijke keuze. Steeds meer mensen stappen daarom over op het gebruik van tandpastatabletten. Door de toenemende bekendheid hiervan wordt het makkelijker om de duurzamere keuze te maken.

De conclusies in deze scriptie laten echter zien dat niet elk tandpastatablet de voorkeur verdient boven een tandpasta. Tien van de twintig onderzochte tandpastatabletten bleken niet te voldoen aan de geldende richtlijn: "Een aantoonbaar laag gemeten vrij beschikbare (en totale) fluorideconcentratie is gemeten voor de tabletten van AH, Etos, Happy tabs, Lamazuna, Lazea V34 en T-brush. Dit roept vra-



Cirkel van Keyes

gen op met betrekking tot de effectiviteit van deze tandpastatabletten in de preventie van cariës. Het kan gevolgen hebben voor de consument, die verwacht dat de tandpastatabletten naar behoren werken. Als een tandpastatablet onvoldoende fluoride bevat, kan beter gekozen worden voor een tandpasta uit tube die wel voldoet aan de aanbevolen fluorideconcentratie."

De tabletten van DenXabs, Happysoaps, Humblebrush, I+M, Oceonics en Smyle bleken wel te voldoen aan de geldende richtlijnen. Rekening houdend met verpakkingseisen kwamen de tandpastatabletten van Smyle als beste uit de bus.

Belangrijk onderdeel van de scriptie was ook de toepassing van twee meetmethoden: elektrodemetingen bleken niet significant te verschillen van gaschromatograafmetingen.

Tweede en derde prijs

De jury kende de tweede prijs toe aan De Poetsbus, een instelling voor jeugdtandverzorging, opgericht door mondhygiënist Judith Bout en haar dochter Amanda Langenberg. Met een Amerikaanse schoolbus omgebouwd tot mobiele mondhygiënepraktijk worden basisscholen, peuterspeelzalen en taalscholen (AZC) bezocht. Inclusief terugkoppeling naar ouders/verzorgers en de huisstandarts.

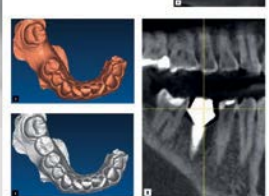
De Mondzorglijn verdiende de derde prijs. Dit is een initiatief van het Vlaams Instituut Mondgezondheid om structureel en preventief mondzorgbeleid op te zetten in woonzorgcentra voor ouderen. Al 188 woonzorgcentra schreven zich inmiddels in. De zorgverleners worden daarbij ondersteund door een mondzorgprofessional.

Naar de Backer Dirks Preventieprijs kan iedereen meedingen die zich met creatieve en interessante ideeën inzet voor de preventieve mondzorg. Otto Backer Dirks speelde een pioniersrol op dit gebied. Hij werd wereldwijd bekend door het omvangrijke onderzoek naar het effect van drinkwaterfluoridering, dat in 1953 startte in de gemeenten Tiel en Culemborg en zo'n twintig jaar duurde. De taken van het Backer Dirks Fonds zijn inmiddels overgenomen door het Ivoren Kruis. In 2028 vindt de volgende editie plaats van de Backer Dirks Preventieprijs. ■

ICX

Eerlijk geprijsde premium implantaten voor iedereen.

Casus



Ook implanteren met ICX? Bekijk de casuïstiek op icx-implants.nl om te zien hoe het is om te werken met ICX



- ✓ Klinisch bewezen resultaten
- ✓ Gebruiksvriendelijke workflows en componenten
- ✓ Geschikt voor uiteenlopende behandelstrategieën
- ✓ Transparant geprijsd: €79 per implantaat

Direct contact met Eric
Plan geheel vrijblijvend een afspraak.

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

icx-implants.nl

Ivoren Kruis jaarcongres

Eten met impact: mondgezondheid begint op je bord

Mondzorgverleners weten dat een goede mondgezondheid niet alleen afhangt van 'goed poetsen', ook de voeding is van belang. En daarbij draait het niet alleen om suikergebruik. Onder dagvoorzitterschap van Monique van der Veen ging het publiek bij het Ivoren Kruis jaarcongres de breedte en de diepte in over voeding in relatie tot mondgezondheid.

TEKST: CONNIE BROUWER

Cariës is een ziekte. Een goede mondgezondheid is niet alleen afhankelijk van de preventiestrategie - goed poetsen mét fluoride en zo weinig mogelijk suikers eten - maar ook van jouw immuunsysteem, je microbiom, je omgeving en je eigen gedrag. Zes sprekers gingen hier op het congres op eigen wijze op in.

Jacqui van Kemenade: Een shotje leefstijl?

Huisarts Jacqui van Kemenade maakte duidelijk dat de uitspraak 'ieder pondje gaat door het mondje' relatief is. Obesitas wordt slechts deels veroorzaakt door iemands leefstijl. Als een obees iemand aangeeft dat er al van alles is geprobeerd om af te vallen, is dat misschien ook het geval. Dan kan er meer aan de hand zijn. Wie kent niet het jojo-effect? Van Kemenade: "De stofwisseling wordt door flink afvallen om zeep geholpen. Dat geldt overigens ook voor mensen die veel zitten: als je zit, denkt je lichaam dat je bijna dood bent. Je lichaam gaat dan heel zuinig met je energie om."

En dan diabetes. Insuline zorgt voor glucose transport naar spieren en hersenen. In geval van diabetes I maakt iemand geen insuline meer aan en deze persoon valt dan af. Heeft iemand diabetes II, dan maakt deze persoon steeds meer insuline aan, terwijl deze soort insuline minder goed werkt. Wel werkt het aanzuigende effect op de glucose. Omdat het niet meer naar de spieren en de hersenen hoeft, wordt glucose naar vetweefsel getransporteerd. Patiënten met diabetes II zouden dan ook geen insuline moeten krijgen. Ze krijgen daardoor alleen maar meer buikvet, dat stoornissen in het immuunsysteem veroorzaakt. Wat weer gevolgen kan hebben voor de mondgezondheid.

De meeste mensen hongerden naar suiker. Te veel suiker maakt ziek. Omdat iedereen verschillende microbiomen in de darmen hebben, is de reactie op het eten van bijvoorbeeld brood heel verschillend: de suikerpieken verschillen. Ook als mondzorgverlener moet je goed weten dat het niet 'one size fits all' is.

Marthe Walvoort: De verschillende kanten van suiker

Professor Marthe Walvoort gaf een uitgebreide toelichting op wat suiker eigenlijk is en maakte duidelijk dat suiker erg belangrijk is voor het menselijk leven, al bij de conceptie. Alle cellen hebben een dikke suikerjas. Door zo'n suikerjas wordt bijvoorbeeld de darmbarrière verstevigd. Daarbij hebben je hersenen glucose nodig, net als je spieren.

"Als je zit, denkt je lichaam dat je bijna dood bent"

Er zijn verschillende soorten suiker: behalve de overbekende kristalsuiker (sucrose) is er fructose (in fruit), lactose (in melk), amylose (in brood) en cellulose (in papier). Koolhydraten zijn belangrijk voor je lichaam. Glucose is nodig voor je spieren en hersenen. Een teveel aan suiker wordt opgeslagen in je vetweefsel. Deze manier van opslag is onbeperkt.

Een oude slogan is 'Snoep verstandig, eet een appel'. Een verklaring daarvoor kregen we nu: suiker dat je eet, wordt afgebroken tot glucosemoleculen die zo snel mogelijk door insuline worden weggevoerd. Als je appelsap

drinkt, heb je een suikerpiek, waarna een suikerdip volgt. Door die suikerdip wil je meer eten. Als je tegelijk vezels inneemt, zoals met een appel, is de suikerpiek minder groot en de suikerdip minder diep.

Suikers zijn nodig, maar te veel is niet goed. Om kinderen te laten experimenteren met bakken zonder suiker heeft Marthe het initiatief genomen tot een programma 'Slim Smullen', een samenwerking met verschillende andere partijen. Er zijn twee lespakketten ontwikkeld, één voor de onderbouw (4-6 jaar) en één voor de bovenbouw (10-12 jaar). Na een verhaal over wat suiker is en wat het doet in je lichaam volgt een bakworkshop. Marthe Walvoort: "Een truc voor suikervrij bakken - niet geheim! - is appelmoes te gebruiken om te zoeten en vezels om het gebak stevig te maken." De uitdaging is nu om nieuwe scholen te vinden die ruimte kunnen en willen maken voor Slim Smullen. Naast het Slim Smullen is er ook een SugerFree Community opgericht, waarin nieuwe generaties worden geïnspireerd om kennis te delen over (een zoveel mogelijk) suikervrij leven.

Egija Zaura: De rol van voeding en mondgezondheid vanuit een microbiële perspectief

Egija Zaura houdt een vurig betoog om te leven in symbiose met ons microbiom. Dit beïnvloedt namelijk zelfs ons gedrag, zoals in muizen is onderzocht. Ben je een ontspannen muis of een nerveuze muis, of een dikke of een dunne? Dat wordt veroorzaakt door je microbiom.

Hoe belangrijk is een 'goed begin' voor een kind daadwerkelijk? Egija Zaura: "De mond is een soort van oerbos vanwege het orale microbiële ecosysteem en een stressbal door alle stootjes van buitenaf zoals het eten van suiker en ook het poetsen." Idealiter is er een balans binnen het ecosysteem. De invloed van suiker op de biofilm over je tanden na 48 uur niet poetsen wordt duidelijk getoond in een experiment. Wordt geen suiker geconsumeerd,

dan is de biofilm nog geen 50 µm. Na 48 uur met veel suiker is er een dikke laag tandplak gevormd: met veel suiker in je voeding groeien de bacteriën veel harder.

"Durf vooral ook iteratief te werken: proberen, leren en bijstellen"

Wat als je een zoetekauw bent en verslaafd aan suiker? Sucrose berokkent veel schade aan mond en darm. Er zijn verschillende opties: gedragstherapie om van de verslaving af te komen, suikervervangers nemen, tong schoonmaken, stoppen met roken/vapen.

Luc Hagnaars: Commerciële determinanten van mondgezondheid

Luc Hagnaars gaf het publiek inzicht in het wereldwijde machtsblok dat de verschillende mondiale bedrijven tezamen vormen op het gebied van de voeding. Door een effectieve framing posterden zij voedingsproblemen als individuele problemen en niet als, wat het is, een collectief probleem. Zo lijkt obesitas eigen schuld. Ultrabewerkte voeding wordt steeds meer verkocht, bevat meer calorieën en men eet er makkelijker van door omdat het mondgevoel is veranderd. Verder zijn de vezels eruit gehaald om de houdbaarheid te verbeteren. Resultaat is een ongezonder voedselaanbod. Er is dan ook een sterkere tegenmacht nodig om het tij te keren.

Het is de vraag of de suikertaks daarin een goed instrument is. Studies daaromtrent geven in bedekte termen hun resultaten weer waardoor het voor 'het beleid' niet een duidelijk voordeel heeft. En dan zijn er nog veel beleidsvragen te stellen om de invoering verder te bemoeilijken. Advies van Luc Hagnaars: "Vorm een tegenmacht als mondzorgprofessionals met ande-

re zorgprofessionals, wetenschappers, maatschappelijk middenveld en maak duidelijk wat de economische winst is van een goede mondgezondheid."

Denise Leusink en Lotte van der Schoot: Van voedingsadvies naar gedragsverandering: hoe voer je het gesprek dat wél werkt?

In een interactieve sessie werd het publiek meegenomen in de gespreksmethodiek, 'Uitblinkers'. Dit is een bewezen effectieve gespreksmethodiek met ouders en kinderen over tandenpoetsgedrag. Denise Leusink en Lotte van der Schoot onderzochten of de Uitblinkers gespreksmethodiek het gesprek over voeding makkelijker en effectiever maakt. Dit onderzoek werd uitgevoerd in codesign met ouders, kinderen, mondzorgprofessionals en opvoedkundigen.

De ouders vinden het belangrijk dat een kind genoeg (en gezond) eet, het eten een gezellig moment is met het gezin en het gemakkelijk gaat, dus geen strijd is. Wat niet alle ouders weten is hoe belangrijk voeding is voor je mondgezondheid. Verder vinden zij het lastig om om te gaan met strijd en om eetmomenten te structureren. Wel gaven de ouders elkaar al tips in de oudergroepen over wat werkt in een strijd met een kind tijdens het eten. Mondzorgverleners bleken het belangrijk te vinden dat er gewerkt wordt in een sfeer van gelijkwaardigheid en vertrouwen, dat ze bij hun eigen rol blijven (niet op de stoel van diëtist) en praktische handvatten hebben om de ouders en kinderen verder te helpen.

Op basis van deze resultaten zijn er prototypes gemaakt van de kaarten, deze zitten nog in de testfase. Lotte van der Schoot: "Ga niet te veel tegelijk aanpassen: kies 1 uitdaging en 1 actie." Denise Leusink: "Durf vooral ook iteratief te werken: proberen, leren en bijstellen."

Conclusie en afsluiting

De centrale boodschap van deze congresdag is dat voeding en (mond)gezondheid niet los van elkaar gezien kunnen worden. Door een steeds groter aanbod van ultrabewerkte voeding staat onze (mond)gezondheid meer onder druk. Door een gezonde leefstijl kun je je eigen mondgezondheid en die van je kinderen zoveel mogelijk positief beïnvloeden. Dat begint al op babyleeftijd.

Om het beleid effectief te beïnvloeden, is een sterke tegenmacht nodig en daarmee een goede onderlinge samenwerking in het mondzorgveld. Laten we echter niet vergeten dat verandering ook bij onszelf begint en in onze eigen omgeving: scholen, sportclubs, gemeenten en gezinnen spelen allemaal een rol. Educatie en preventie op jonge leeftijd zijn essentieel. Door lokaal te handelen en samen te werken, kan er daadwerkelijk gezondheidswinst worden behaald. ■



Op 11 april vond het Ivoren Kruis-congres Eten met impact plaats.

Prof. dr. Bas Loomans over gebitsslijtage

“Chemische factoren spelen een veel grotere rol dan we aanvankelijk dachten”

Tandslijtage vereist een doordachte, patiëntgerichte aanpak. Annelies Van Ende, consultant bij GC Benelux, sprak met prof. dr. Bas Loomans, expert op dit gebied. Loomans deelt zijn inzichten over het beheersen van slijtage via pragmatische beheerstrategieën met een sterke nadruk op diagnose, preventie, minimaal invasieve zorg, kosteneffectiviteit, samenwerkend leren en patiëntvoorlichting. Zijn visie draait om het vergroten van het bewustzijn bij zowel patiënten als mondzorgprofessionals.

TEKST: ANNELIES VAN ENDE

Kunt u, vanuit uw dertig jaar ervaring en expertise, schetsen hoe onze kennis over gebitsslijtage er voorstaat en op welke manier dit inzicht zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld?

In de afgelopen tientallen jaren is onze kijk op gebitsslijtage sterk veranderd. Hoewel het lijkt alsof matige tot ernstige slijtage vaker voorkomt, moeten we die conclusie voorzichtig benaderen. Wat vooral is toegenomen, is het bewustzijn bij tandheelkundige professionals. Tandartsen herkennen tegenwoordig veel beter de vroege signalen en begrijpen de mogelijke gevolgen, terwijl slijtage vroeger vaak pas aandacht kreeg wanneer het al een groot probleem was.

Ook de behandelstrategie heeft een duidelijke evolutie doorgemaakt. Waar vroeger invasieve oplossingen – zoals volledige kronen, zelfs bij jonge patiënten – de norm waren, weten we nu dankzij onderzoek en klinische ervaring dat minimaal invasieve technieken, met name composietrestauraties, in veel gevallen net zo succesvol kunnen zijn. Deze verschuiving sluit aan bij een bredere trend richting pragmatische, patiëntgerichte zorg die de natuurlijke tandstructuur zoveel mogelijk behoudt en beter aansluit op de behoeften van jongere generaties.

Wat zijn volgens u de belangrijkste oorzaken van gebitsslijtage?

Vijftien jaar geleden geloofde ik dat mechanische factoren, zoals knarsen, klemmen of bijten op voorwerpen, de belangrijkste oorzaken van tandslijtage waren. En bij preventie richtten we ons

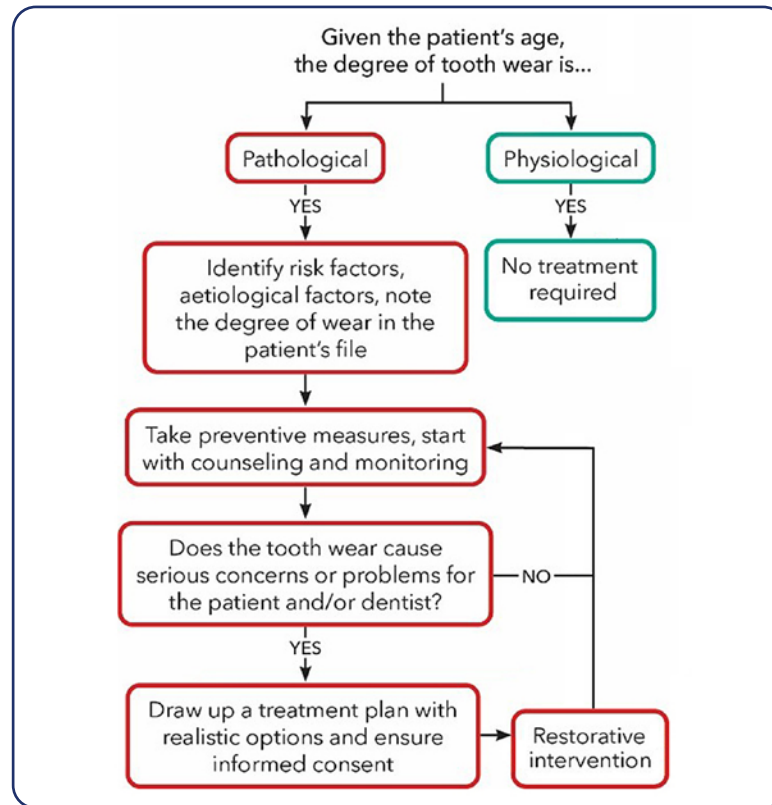
ook vooral op deze factoren, vaak door nachtbeugels voor te schrijven. Maar na verloop van tijd, en vooral dankzij de gegevens uit onze langdurige patiëntenopvolging binnen het Radboud Tooth Wear Project, is duidelijk geworden dat chemische factoren een veel grotere rol spelen dan we aanvankelijk dachten.

Gebitsslijtage ontstaat door een combinatie van mechanische en chemische processen, die zowel interne als externe oorzaken kunnen hebben. Bij de mechanische factoren gaat het intern bijvoorbeeld om klemmen en knarsen, terwijl externe gedragingen zoals nagelbijten of op pennen kauwen een rol kunnen spelen. Aan de chemische kant zijn interne oorzaken reflux of frequent braken, terwijl externe invloeden vooral komen van zure voedingsmiddelen en dranken.

Wat we nu begrijpen is dat mechanische krachten alleen zelden ernstige slijtage veroorzaken. Blootstelling aan zuur – zowel van binnenuit als van buitenaf – maakt het tandoppervlak weker, waardoor het veel gevoeliger wordt voor mechanische slijtage. Dus in de meeste gevallen is zuur een noodzakelijk onderdeel van het slijtageproces. De combinatie van chemische verwerking en mechanische stress leidt tot de patronen die we klinisch waarnemen.

Zijn patiënten zich over het algemeen bewust van hun gebitsslijtage, of is het meestal de tandarts die het herkent en communiceert?

Over het algemeen zijn de meeste patiënten zich niet erg bewust van hun gebitsslijtage. In onze ervaring worden velen door hun tandarts naar onze kliniek doorverwezen. Patiënten zeggen vaak dat ze eigenlijk niet weten waar-



Figuur 1 Flowchart voor behandelingsopties voor tandslijtage. European Tooth Wear Consensus Meeting, 27 oktober 2016.

om; ze kregen gewoon te horen dat ze moesten komen. Dit laat zien dat de vraag naar behandeling vaak niet van de patiënt komt, maar vanuit de observatie van de tandarts.

Dat gezegd hebbende merken we wel dat, zodra de slijtage echt ver gevorderd raakt of het uiterlijk begint te veranderen – denk aan verkleuringen of duidelijk zichtbare beschadigingen – sommige patiënten zich wel zorgen beginnen maken. Gevoeligheid kan ook een trigger zijn, maar interessant genoeg is de ernst van de slijtage niet altijd gekoppeld aan pijn. Sterker nog, patiënten met minder slijtage rapporteren soms meer pijn, vooral wanneer er sprake is van zuurerosie en dentinetubuli blootgesteld zijn.

Uiteindelijk is een van de belangrijkste taken van de tandarts het creëren van bewustwording. Het begint met het

herkennen van de tekenen van slijtage en het vervolgens uitleggen aan de patiënt: wat ze zien, wat het kan betekenen en wat het kan veroorzaken. Zonder dat bewustzijn zullen patiënten waarschijnlijk de noodzaak van monitoring of behandeling niet volledig begrijpen of accepteren en zullen ze minder geneigd zijn mee te werken. Dus onderwijs en communicatie, zowel in de bachelor- als tijdens de masteropleiding, zijn essentieel.

Hoe bepaal je wanneer je de slijtage enkel moet monitoren en wanneer je met restauratieve behandeling moet beginnen?

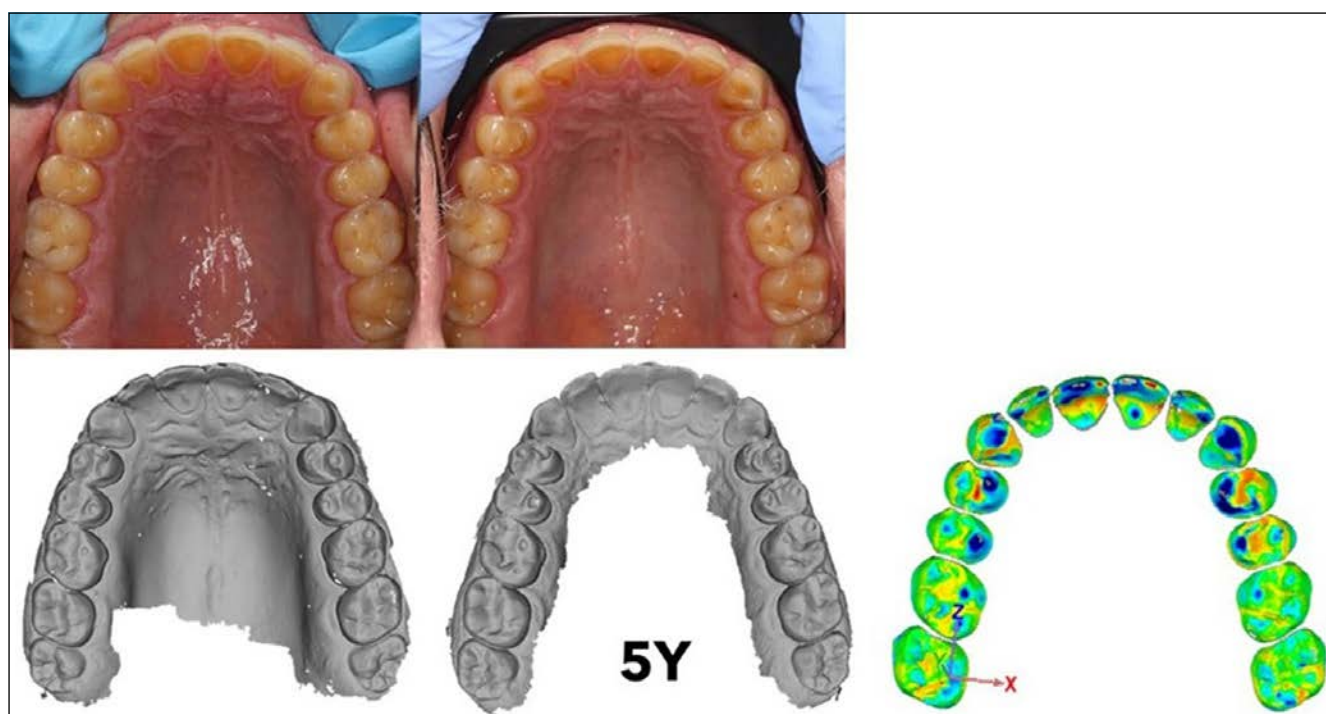
Restauratieve behandeling is niet altijd nodig wanneer er sprake is van gebitsslijtage (fig. 1) — zelfs niet bij gevallen die op het eerste gezicht ernstig lij-



Cv Bas Loomans

Prof. dr. Bas Loomans promoveerde in 2007 op het gebied van restauratieve tandheelkunde. In 2021 werd hij benoemd tot hoogleraar Orale functie en restauratieve tandheelkunde aan het Radboudumc in Nijmegen. Zijn belangrijkste onderzoeksinteresses zijn het beheer en de behandeling van ernstige tandslijtage, diagnostische criteria, ontwikkeling van slimme tandheelkundige materialen, translationeel onderzoek, intraorale censuur van maagzuur en besluitvormingsprocessen met behulp van kunstmatige intelligentie. Hij is nationaal en internationaal erkend expert in adhesie en restauratieve tandheelkunde en is initiator en projectleider van het 'Radboud Tooth Wear Project'. Loomans werkt één dag per week als algemeen practicus in de verwijs- en groepspraktijk MondzorgOost in Nijmegen.

ken. Als er geen pijn is, geen esthetische zorg en geen duidelijke vraag naar behandeling van de patiënt, is de aanbevolen aanpak om te beginnen met monitoring. Dit staat ook in de European Consensus Statement en de nieuwe KIMO-richtlijnen voor gebitsslijtage.¹² Monitoring stelt ons in staat de voortgang in de tijd te beoordelen (fig. 2). Verrassend genoeg blijven veel gevallen die extreem lijken jarenlang stabiel, zelfs tot tien jaar.³ Als de slijtage langzaam vordert en de patiënt comfortabel is, is er geen noodzaak om in te grijpen. Als de patiënt echter pijn heeft, ontevreden is met de esthetiek of functionele problemen ervaart, wordt behandeling noodzakelijk. Betrokkenheid van de patiënt is essentieel. Wanneer patiënten de aandoening en de implicaties ervan begrijpen, zijn ze meer geneigd om de adviezen op te volgen en de behandeling en beperkingen ervan te accepteren. ▶



Figuur 2 Monitoring met digitale scans. Subtractie van beide scans geeft de evolutie van de slijtage aan. Groen vertoont geen relevante verschillen, en blauwe gebieden geven de slijtageplekken aan.



Figuur 3 Restauratieve behandeling met direct composiet (injection moulding techniek).

Hoe voer je preventieve strategieën uit?

Het is zelden mogelijk om één enkele oorzaak van slijtage aan te wijzen, dus ik vermijd een te autoritaire aanpak. In plaats daarvan richt ik me op het helpen van patiënten om de mogelijke bijdragende factoren te begrijpen en het aanmoedigen tot reflectie op hun eigen gewoonten. Ik weet niet wat er in hun dagelijkse routines thuis gebeurt, maar door aandacht te vestigen op bepaald gedrag — zoals voeding, poetstechniek of parafunctionele gewoonten — beginnen patiënten vaak zelf patronen te herkennen. Wanneer mensen begrijpen waarom iets belangrijk is, zijn ze veel meer geneigd om er zelf iets aan te doen en echte, blijvende veranderingen door te voeren.

Dus mijn aanpak is om te informeren, adviseren en ruimte te geven. Laat de informatie bezinken, laat de patiënt erover nadenken en ondersteun hen bij het nemen van verantwoordelijkheid voor hun eigen mondgezondheid. Daar begint echte preventie: niet enkel met instructies, maar met inzicht en patiënten bevorderen om zelf actie te ondernemen.

Welke materiaal kies je wanneer herstelbehandeling nodig is?

Wanneer herstelbehandeling nodig is, geef ik prioriteit aan minimaal invasieve oplossingen — vaak te beginnen met directe composietrestauraties. Deze kunnen zeer effectief zijn wanneer ze met het juiste protocol worden toegepast, en ze bieden het dubbele voordeel dat ze de minst invasieve en de meest kosteneffectieve optie zijn. Ik gebruik meestal hybride composieten, maar als de belangrijkste oorzaak chemische erosie is, is injecteerbaar composiet ook een valabele optie (fig. 3). En men moet in het achterhoofd houden dat composieten voldoende dikte nodig hebben om hun mechanische sterkte te behouden.

Voor mij is de overleving van de tand belangrijker dan de overleving van de restauratie, vooral omdat veel van onze patiënten relatief jong zijn. Geen enkele restauratie gaat eeuwig mee — zelfs geen indirecte — dus het behouden van zoveel mogelijk natuurlijke tandstructuur is essentieel. Dat impliceert ook vooruitdenken: anticiperen op wat er kan volgen. Welke opties blijven er na deze ingreep over?

We hebben onlangs een systematische review gepubliceerd⁴ waarin directe en indirecte restauratieve opties voor de aanpak van gebitslijtage worden vergeleken. Hoewel indirecte restauraties doorgaans minder vaak falen, zijn ze

meestal invasiever en vergen ze meer behandelingsduur. Bovendien zijn reparaties bij defecten vaak eenvoudiger en conservatiever wanneer composieten zijn gebruikt.

Uiteindelijk wil ik vooral praktische oplossingen bieden die voor het merendeel van de patiënten goed werken. Gezien de relatief jonge leeftijd van onze patiëntenpopulatie zijn de kosten een belangrijke factor, die niet genegeerd kunnen worden. Daarom

gaat de voorkeur vaak uit naar directe composietrestauraties. Deze bieden een mooie balans tussen voorspelbare klinische resultaten, goede toegankelijkheid voor patiënten en duurzaam onderhoud op de lange termijn.

Hoe belangrijk is het om de perfecte occlusie na te streven?

Er zijn twee denkrichtingen — de 'occlusionisten' die geloven dat alles

voortkomt uit occlusie, en de meer pragmatische visie, die ik volg. Hoewel occlusale ondersteuning belangrijk is, is er geen sterk bewijs dat het bereiken van een perfecte occlusie, zoals knobbel-fossacontact en hoektandgeleiding, leidt tot betere resultaten of minder falen.

In plaats daarvan streef ik naar een functionele en stabiele occlusie, waarbij ik contact met zwakke plekken zoals de marginale kammen vermijd. Als

hoektandgeleiding mogelijk is, is dat prima, maar zo niet, dan werkt groepsgeleiding net zo goed. Uiteindelijk zijn tanden niet altijd perfect uitgelijnd, en moeten restauraties zich aanpassen aan de realiteit van de patiënt, niet aan een geïdealiseerd model. Een succesvolle behandeling ligt niet in het bereiken van perfectie, maar in het begrijpen en respecteren van de behoeften van de patiënt en het voldoen daaraan. ■

ADVERTENTIE





RESTORATIVE SOLUTION

Uw complete systeem voor KWALITATIEF HOOGWAARDIGE RESTAURATIES

Restorative Solution van Ultradent Products bevat een aantal van onze meest geliefde producten waarmee u prachtige, duurzame restauraties kunt creëren.





[ULTRADENTPRODUCTS.NL/RESTORATIVE](https://ultradentproducts.nl/restorative)













nl.ultradent.blog

[ULTRADENTPRODUCTS.NL](https://ultradentproducts.nl)

© 2026 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

Referenties

- KIMO. (2025). Klinische praktijkrichtlijn: Gebitslijtage van blijvende elementen – Screening, diagnostiek, monitoring, preventieve maatregelen en indicatie restauratieve behandeling. Retrieved September 10, 2025.
- Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, Benic G, Ramseyer S, Wetselaar P, Sterenborg B, Hickel R, Pallesen U, Mehta S, Banerji S, Lussi A, Wilson N. Severe Tooth Wear: European Consensus Statement on Management Guidelines. *J Adhes Dent.* 2017;19(2):111-119.
- Bronkhorst H, Bronkhorst E, Kalaykova S, Pereira-Cenci T, Marie-Huysmans C, Loomans B. Inter- and intra-variability in tooth wear progression at surface-, tooth- and patient-level over a period of three years: A cohort study: Inter- and intra-variation in tooth wear progression. *J Dent.* 2023 Nov;138:104693.
- Alani A, Mehta S, Koning I, Loomans B, Pereira-Cenci T. Restorative options for moderate and severe tooth wear: A systematic review. *J Dent.* 2025; 156:105711.

► Vervolg van de voorpagina

uitdagende zorg leveren en het ondernemen in je eigen praktijk maakt het vak voor mij zo mooi.

Je ervaart de prijs als erkenning voor het team. Waarom?

Zonder mijn team zou ik nooit kunnen doen wat ik nu doe. De afgelopen jaren hebben we, met het samenvoegen van drie praktijken en de verdere groei op onze nieuwe locatie, echt een intensief traject doorlopen. Dat vraagt inzet, flexibiliteit en vooral veel vertrouwen in elkaar. Dat vertrouwen moest groeien en er zijn ook moeilijke momenten en keuzes geweest, omdat ik veel nieuwe ideeën wilde doorvoeren. Ik ben dan ook enorm trots op de dames en heren die bij of voor mij werkzaam zijn, vanwege hun werkplezier en enthousiasme. Daarnaast hebben we een gezamenlijke drive om elke dag weer de beste zorg te willen leveren en een fijne dag samen en met onze patiënten te hebben. In het bijzonder wil ik mijn collega Marianne van der Zwaan bedanken. Zij is echt mijn steun en toeverlaat binnen de Stralende Start-campagne, dat is onze eigen variant van Gewoon Gaaf van het Ivoren kruis. Samen zetten we ons met veel passie in voor preventie bij kinderen, waar dan ook in Veenendaal.

Voor we verder gaan over de kinderen: de jury preest ook hoe jij als jonge tandarts het ondernemerschap bepleit.

Jong beginnen als tandarts-ondernemer moedig ik enorm aan. Ik geef er les in op ACTA. En hoewel de meeste bijna afgestudeerde studenten er niet direct aan toe zijn, valt mij op dat een verrassend groot deel, gemiddeld tussen de 35 en 50 procent, aangeeft ooit een eigen praktijk te willen starten. Die ambitie is er dus volop. Wat vaak alleen nog ontbreekt, is een realistisch beeld van wat daar allemaal bij komt kijken. Sinds 2022, toen ik mijn eigen praktijk startte, en zelfs al in de jaren daarvoor, toen ik meekeek met de praktijkgenooten in de regio Heerhugowaard waar ik werkte als zzp'er, heb ik ervaren hoeveel er eigenlijk op je afkomt. Het opzetten van een praktijk kost enorm veel tijd, energie en geld. Je begint vaak zonder precies te weten waar je aan begint en leert alles proefondervindelijk. Dat betekent ook: leergeld betalen. Financieel, maar het is zeker ook een tijdsinvestering, die soms gepaard gaat met frustratie en teleurstelling. Stap voor stap word je er beter in, maar makkelijk is het zeker niet. Met doorzetten kom je tot een doorbraak, is onze ervaring.

behoud van eigen identiteit en regie, maar met gedeelde ondersteuning op essentiële vlakken en ondersteunende taken. Door als collectief op te treden en het starten van een eigen praktijk laagdrempeliger te maken, kunnen we een sterkere positie innemen en focus je je op het draaien van je eigen praktijk, het opbouwen en onderhouden van je team en het inrichten en verbeteren van je patiëntenzorg. En geloof me: dat is uitdagend genoeg!

Jonge mensen praten veel over work-life balance. Hoe zag die er bij jou uit, vanaf 2022?

Die was er niet, om eerlijk te zijn. We namen in 2022 twee eenmanspraktijken over, samen goed voor circa 4.500 patiënten. Vanaf het begin hadden we de ambitie om door te groeien naar een nieuwe, moderne locatie in het centrum van Veenendaal. Daar hebben we zeven behandelkamers voorbereid. We zijn gestart met vijf ingerichte kamers, maar werken inmiddels volledig op zeven kamers. Mede door de grote instroom van nieuwe patiënten en door de overname van een extra, derde patiëntenbestand afgelopen december is dat ook echt nodig. Waar we begonnen met ongeveer vier assistenten, werken we nu met een team van zo'n 25 collega's, waaronder acht tandartsen.

Met dat alles had ik de afgelopen vier jaar heel weinig tijd voor mezelf. In zo'n groeitraject moet je gewoon knallen. Soms door tot laat in de nacht, met wel die wekker die om zes uur weer gaat. Ik heb af en toe zeker roofofbouw gepleegd. Ik woon in Weesp en je moet wel veilig op je werk aankomen en je patiënten veilig behandelen. Bovendien heb ik een verloofde én een kind van zeven maanden. Dat temporeert de plannen. Ik vind het ook belangrijk om die kleine te zien opgroeien, dat brengt me enorm veel geluk.

Het omgaan met opgroeiende kinderen is het tweede waar jouw praktijk erkenning voor krijgt.

Wat nogal de aandacht heeft getrokken, was onze poging het Nederlands record tandenpoetsen te verbeteren. Elk jaar proberen we met de praktijk een ludieke en impactvolle actie neer te zetten om mondgezondheid, en met name preventie bij kinderen, op de kaart te zetten. In 2024 hebben we bijvoorbeeld met honderden kinderen zelf tandpasta gemaakt, natuurlijk met een knipoog naar fluoride als 'toverstof'. Dat soort initiatieven maken het onderwerp leuk, tastbaar en vooral toegankelijk door het podium wat we krijgen.



Een van die partners is Zideris, een dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking. Als onderdeel van onze Stralende-Startcampagne maken zij een doosje dat wij ontwikkeld hebben. Er past precies een tandenborstel, tandpasta, een zandloper, een kleurplaat, flyers voor de ouders en plaqueverkliekers in. Daarnaast verzorgen we poetslessen op scholen, soortgelijk, maar iets moderner dan de presentaties van Gewoon Gaaf, een enorm mooi project van het Ivoren Kruis. Voorafgaand aan iedere poetsles delen we onze leerpunten en kennis met de ouders van de kinderen, waarna we naar de klassen gaan. Als we met iedere poetsles een paar gaatjes of ontstekingen voorkomen, ben ik een gezegend mens.

Hoe sterk is in de praktijk de focus op kinderen?

Onze focus op kinderen was vanaf het begin een bewuste keuze. We zijn de praktijk gestart door de overname van twee patiëntenbestanden, waarbij de gemiddelde leeftijd rond de 50 jaar lag. Maar we wisten dat er in Veenendaal veel nieuwbouw zou komen en dus een flink aantal jonge gezinnen. Een lokale factor daarbij is dat Veenendaal een grote christelijke gemeenschap heeft met kinderrijke gezinnen. Als je als ouders de kinderen moet (na)poetsen, ben je soms geruime tijd bezig. Daar wilden we als praktijk actief op inspelen. We hebben daarom sterk ingezet op preventie en werken met specifieke preventie- en mondhygiëne-agenda's. Bij kinderen betekent dat: op jonge leeftijd beginnen bij sommige signalen, goed begeleiden en vooral veel aandacht voor uitleg en motiveren. We zien inmiddels ook echt dat dat zijn vruchten afwerpt; bij veel kinderen boeken we duidelijke gezondheidswinst.

Tegelijkertijd ben ik ervan overtuigd dat we daar nog stappen in kunnen maken. We willen dit in de toekomst ook beter gaan meten en onderbouwen met data, zodat we nog gericht kunnen sturen op resultaat. Omdat we pas sinds 2022 actief zijn in Veenendaal, zijn we nog bezig om die lange-termijn-effecten goed inzichtelijk te krijgen.

Vanaf welke leeftijd kunnen kinderen bij Mondzorg Veenendaal terecht?

Kinderen zijn bij ons al welkom vanaf de geboorte. We stimuleren ouders om hun kind zo vroeg mogelijk mee te nemen naar de praktijk, al is het nog in de kinderwagen. Het gaat in die fase

nog helemaal niet om behandelen, maar juist om wennen aan de omgeving: de stoel, de geluiden, de mensen in witte jassen. Dat maakt dat het later, bij een controle of behandeling, vaak veel soepeler verloopt.

“Door te blijven herhalen, zie je dat gedrag echt kan veranderen”

We zien gelukkig dat veel ouders deze mogelijkheid benutten. De patiënten hier zijn over het algemeen heel betrokken en staan open voor adviezen. Vaak begint het al tijdens de zwangerschap: als een ouder in de stoel ligt, geven we mee om hun kindje straks gewoon eens mee te nemen naar de praktijk en vooral ook om eerst nog even te genieten van die periode. Ouders doen dat ook. Kinderen komen al jong mee, eerst nog in de wagen, later lopend en nieuwsgierig rondkijkend. Daardoor wordt de tandarts geen 'spannende plek', maar iets vertrouwd en een plek waar je periodiek even naar toe moet. Daarnaast maken we het ook leuk en speels. Oudere broers en zussen betrekken we er actief bij: die mogen soms even 'tandartsje spelen'. Ze krijgen bijvoorbeeld een spiegel, handschoenen en een mondmasker mee naar huis. Vaak nemen ze dit zelfs mee naar school de volgende dag om te laten zien in de kring.

Is jullie hele team kid-minded?

Zeker, al behandelen sommige tandartsen liever meer volwassenen. Samen met vooral één collega zie ik heel veel kinderen. Als bij een kind echt iets naars moet gebeuren, een lastige extractie bijvoorbeeld, doe ik dat. Dan ben ik even de boeman, maar een volgende keer gaat het kind dus naar mijn collega om met haar weer een vertrouwensband op te bouwen. Daar stemmen we onze agenda 100% op af: we willen uiteindelijk dat een kind altijd weer blij en tevreden bij de tandarts komt. Ook bij het aantrekken van assistenten let ik erop dat ze in mijn straatje passen: ze moeten onze patiënten ontvangen zoals ik ook graag behandeld zou willen worden.

Kun je kinderen echt leren om de verzorging van hun gebit leuk te vinden?

Daar ben ik van overtuigd. En dat begint vaak al vóórdat er überhaupt behandeld wordt. Het draait om gewenning, interesse, vertrouwen, enthousiasme, en vooral beleving. Daarnaast zit de kracht in herhaling en in de manier waarop je iets brengt. Als je het leuk brengt, zonder druk, met kleine succesmomenten, gaan kinderen dat overnemen. En een kind doet bij ons nog echt zijn/haar best voor een stuijterbal! Ouders spelen daar natuurlijk ook een sleutelrol in: die nemen we actief mee in hoe ze het thuis kunnen voortzetten en hoe het poetsen leuker wordt of hoe de voeding of het aantal zoet- of zuurmomenten kan worden aangepast.

En wanneer gaat het niet goed?

De grootste bedreigingen voor de mondgezondheid van kinderen zitten wat ons betreft in twee dingen: voeding en routine. Aan de ene kant zien we dat kinderen — vaak ongemerkt — veel momenten hebben waarop ze iets zoets of zuurs eten of drinken. Het gaat daarbij niet alleen om wat ze eten, maar vooral hoe vaak. Die frequente 'aanvallen' op het gebit vergroten het risico op cariës aanzienlijk. Aan de andere kant merken we dat de routine rondom het poetsen soms verslapt. Zeker bij jonge kinderen is goed en consequent napoetsen door ouders essentieel. Als dat niet gebeurt, neemt de kans op problemen snel toe. Wat je daartegen kunt doen, zit vooral in begeleiding en bewustwording. Vanuit de praktijk proberen we ouders en kinderen actief te coachen. We leggen uit wat zoet- en zuurmomenten zijn, waarom frequentie zo belangrijk is en hoe je effectief poetst. Dat doen we niet alleen in de stoel, maar juist ook op een laagdrempelige manier, afgestemd op het gezin. Door het klein en haalbaar te maken en door te blijven herhalen, zie je dat gedrag echt kan veranderen. En daar ligt uiteindelijk de sleutel tot een gezond gebit. Daarnaast zullen we ludieke, grote acties blijven organiseren om de mondzorg bij jeugdigen te blijven agenderen. We hopen dat de gemeente Veenendaal openstaat om een lokaal, integraal plan op te zetten om het risico op mondproblemen te beperken. Ik kom graag met de gemeente in contact en ben bereid om het gewonnen prijzengeld in te zetten voor een goede campagne! ■

“We stimuleren ouders om hun kind zo vroeg mogelijk mee te nemen naar de praktijk, al is het nog in de kinderwagen”

Ik geloof niet in de tandheelkundige ketens die per periode op zoek zijn naar een hogere multiple door een doorverkoop, maar wél in efficiency, schaalvoordelen en professionaliseren. Daarom ben ik bezig om een model uit te werken waarin we de kracht van samenwerking benutten, zonder het ondernemerschap te verliezen. Zelfstandig opererende praktijken, met

Vorig jaar ontstond het idee om het groter aan te pakken en hebben we een actie georganiseerd waarbij we met ruim duizend kinderen tegelijkertijd gingen tandenpoetsen, waarbij met een drone 'gecontroleerd werd' of iedereen wel meedeed. Zo'n initiatief begint vaak met een simpel idee, maar krijgt echt vorm door de samenwerking met scholen, ouders, vrijwilligers en lokale partners.

Upgrade uw praktijk met Odontium

Over Odontium en TSE

TSE is het familiebedrijf achter Odontium. Met meer dan 35 jaar ervaring en de nodige geaccrediteerde certificeringen heeft TSE het vertrouwen van honderden praktijken die dagelijks met Odontium werken. In de afgelopen twee jaar hebben meer dan honderd praktijken zich aangesloten bij Odontium en steeds meer praktijken zijn overtuigd van de kracht van de software.



De stand van TSE op Dental Expo 2026.

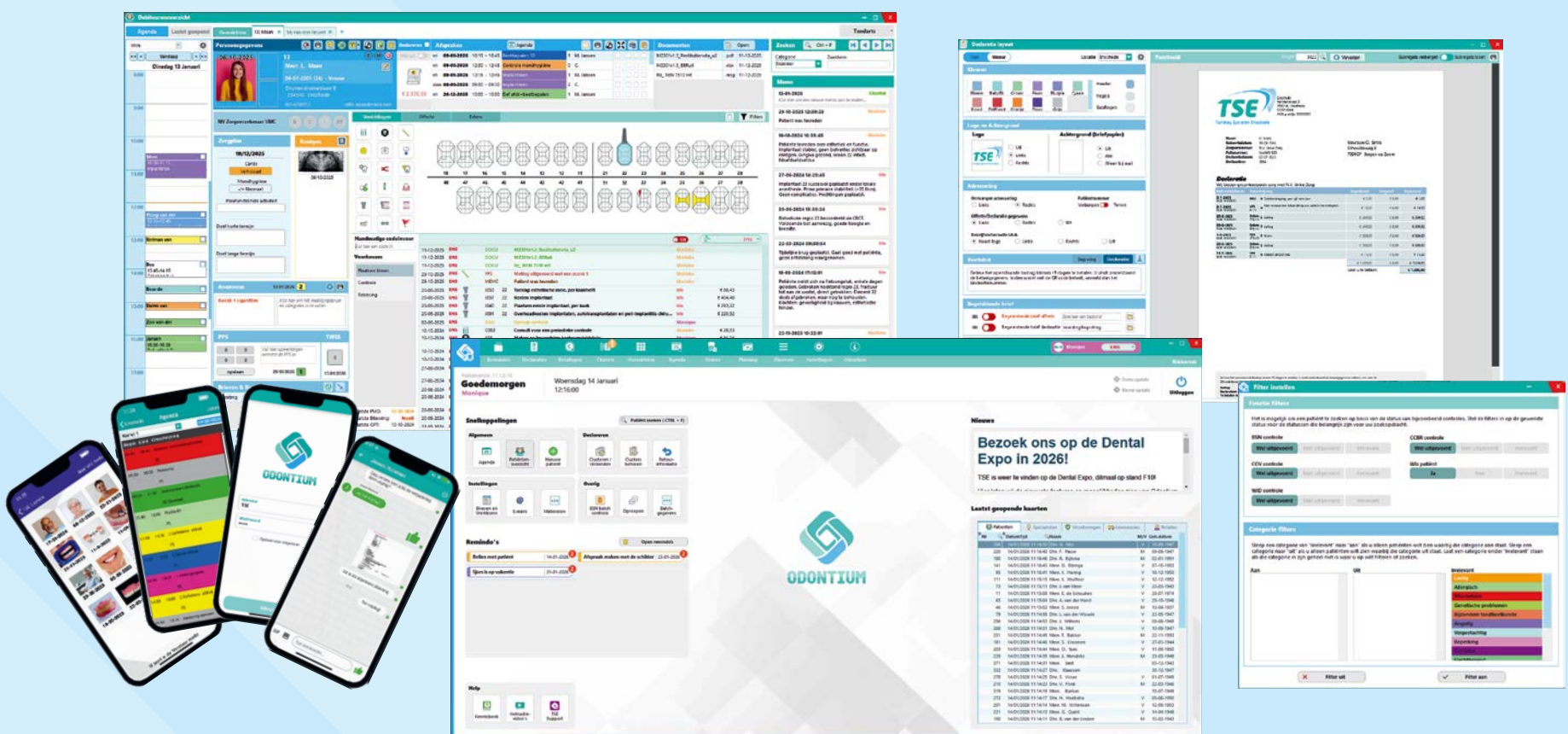


ODONTIUM

Het is moderne software die vele koppelingen en mogelijkheden zoals apps bevat die uw werk sneller en eenvoudiger maken. Zo werken gebruikers al tientallen jaren met de doorsnee controles zoals BSN, COV, WID en CCB, en declareren zij digitaal middels

koppelingen met Infomedics, Vecozo en Payt. Tandartsen kunnen verrichtingen, het zorgbeeld, PPS en TWES direct invullen en bekijken. Mondhygiënist kunnen middels de Paro status pocketdieptes, bloedingen, mobiliteit en furcaties vastleggen en ook

het zorgbeeld invullen en bekijken. Alle gebruikers kunnen gebruikmaken van AI om memo's en verrichtingen middels spraak in te vullen, uitmailen via (beveiligde) e-mails, taken aanmaken, geïntegreerd bestanden en documenten bewerken en meer!



- ✓ Betrouwbare software van een gevestigd bedrijf
- ✓ Een werkomgeving voor iedere discipline
- ✓ BSN, COV, WID én CCB controles geïntegreerd
- ✓ ISO 9001, ISO 27001 en NEN 7510 gecertificeerd door Kiwa

- ✓ Werk lokaal óf in de private cloud van TSE
- ✓ Apps die uw werk vereenvoudigen

NIEUW!

- ✓ Röntgen AI
- ✓ AI spraakherkenning



053 - 477 7786

www.odontium.nl

info@odontium.nl



Column
Stephan Tjiook



Belevenissen op slippers

Het is net maart. De eerste week na de voorjaarsvakantie zit er weer op. De temperaturen stijgen, het wordt zonniger en ik krijg het idee dat het leven zo toch een stukje fijner wordt.

Ik houd me tussen alle bedrijven door bezig met de organisatie van ROOTS 360, het nieuwe inspiratie-event van de Nijmeegse Tandartsen Vereniging voor collega's in Nijmegen en omgeving. Zulke stippen aan de horizon geven me energie en iets om naar uit te kijken. Net zoals ik weer reikhalzend uitkeek naar afgelopen vakantie, want reizen blijft toch een van de dingen die ik het liefst doe. Door een vergissing kon mama niet mee. En dus was papa weer eens op reis met 2 jaar en 5 maanden oude Cathy, gewapend met een pakje Chocomel en een pakje Fris-ti, een half broodje kaas-kipfilet, fruit van oma en een aantal mini-Knoppers van opa in de handbagage. Dat was de positieve keerzijde van de medaille: één-op-één quality time, avontuur en herinneringen maken met mijn dochter. Fast lane op Cologne-Bonn Airport. Extra beenruimte. Overstap op Istanbul Sabiha. Indomie in het vliegtuig. Een Egyptische simkaart. Onderhandelen met taxichauffeurs en lokale verkopers, elke dag weer een ander comfortabel

logeeradresje proberen voor rond de 20 euro per nacht, samen lopen over het strand, rijden in een tuktuk terwijl zij de luiertas vasthoudt, ritjes in lokale minibuses waarbij ze zich aan me vastklampt en heel veel andere mooie momenten daartussen. Micro-avonturen die we met mama minder snel zouden hebben beleefd.

Zo zie je maar weer waar een ogenschijnlijk vervelende situatie goed voor kan zijn. Soms loopt het leven anders dan je voor ogen had. Hoe goed je je praktijkvoering of behandelplanning ook structureert, soms zit je werkelijke kracht niet zozeer in het vooraf plannen, maar in je vermogen om je aan te passen aan wat de situatie vraagt. Dat gold en geldt voor mij. En voor mama. En Cathy? Die wilde gewoon nog één keer van de glijbaan. ■

Stephan Tjiook is tandarts en founder van DNTSTRY University, een open studiegroep voor jonge tandartsen. Meer informatie: dntstryuniversity.com

Klein deel bevolking hoge cariëslast

UPPSALA, Zweden – Nationale gegevens over meer dan tien jaar werpen een nieuw licht op het verloop van tandcariës bij Zweedse kinderen en adolescenten. Uit de gegevens blijkt dat de meerderheid van hen cariësvrij blijft, maar dat een kleine groep te maken krijgt met een hoge ziektelast. Het onderzoek bestond uit een gecombineerde aanpak, bestaand uit verloopanalyses en cariëspecifieke metingen van de ervaring met tandcariës bij kinderen. Het was bedoeld om vroege ziektepatronen beter in kaart te brengen en om de identificatie te verbeteren van de kinderen die het meest gebaat zijn bij preventieve zorg.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

De motivatie voor deze studie werd gevormd door de constatering dat cariës onevenredig vaak voorkomt bij een kleine groep kinderen en dat dit patroon vaak wordt verhuuld door populatiegemiddelden. Het doel was dan ook om de identificatie van kinderen en adolescenten met de hoogste cariëslast te verbeteren. Het onderzoek volgde 165.365 personen in de leeftijd van 10 tot 20 jaar aan de hand van gegevens uit het Zweedse kwaliteitsregister voor cariës en parodontale aandoeningen over een periode van tien jaar. De cariësbelasting werd beoordeeld aan de hand van het aantal aangetaste en gevulde tandoppervlakken in zowel het melkgebit als het blijvende gebit. Aan de hand van longitudinale cariëgegevens werden de kinderen en jongeren op basis van de voortgang van hun aandoening ingedeeld in de klasse hoog, gemiddeld of laag. Bij 20-jarigen werden de verschillen tussen deze drie klassen in de loop van de tijd groter, in overeenstemming met de cumulatieve cariësbelasting. In de hoogste groep

trad een aanzienlijke toename van de ziektelast op. Ter vergelijking: bij degenen in de laagste groep was gedurende het decennium vrijwel geen progressie waarneembaar.

Bij kinderen van 10 jaar werd de verwachte vergroting van de verschillen tussen de klassen echter niet waargenomen, wat wijst op beperkingen in het toepassen van het model op cariesontwikkeling in het melkgebit en het gemengde gebit. Voor deze jongere groep boden aanvullende maatstaven helderder conclusies. De specifieke cariësindeks, die alleen degenen omvat die cariës hebben gehad, leverde consequent hogere waarden op dan traditionele indices en was vooral informatief in de vroege kinderjaren, waarin de meeste kinderen cariësvrij waren en de aandoening geconcentreerd was in een kleine subgroep. Een puntprevalentiemeting op 6-jarige leeftijd identificeerde ook de kinderen die later in de kindertijd meer kans hadden op het ontwikkelen van cariës. De auteurs merken op dat eerdere cariës in het melkgebit sterk gecorreleerd bleek met latere aandoeningen, wat het be-



FOTO: ADOBE STOCK

lang van controles in de voorschoolse jaren onderstreept.

De resultaten van het onderzoek sluiten aan bij eerder werk waaruit blijkt dat de mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven negatief wordt beïnvloed bij Zweedse kleuters met cariës, vooral bij kinderen met onbehandelde cariës. Het huidige onderzoek toont aan dat, hoewel de mondgezondheid in Zweden op bevolkingsniveau blijft verbeteren, een duidelijke minderheid een onevenredig groot risico op tandheelkundige aandoeningen loopt. Door deze groepen eerder en nauwkeuriger te identificeren, kan preventie mogelijk effectiever worden ingezet en kunnen beschikbare middelen beter worden toegewezen binnen de pediatrie mondzorg.

Het artikel, getiteld 'Caries experience among children and adolescents from a longitudinal Swedish national registry study over a 10-year period', verscheen op 7 januari 2025 in *Acta Odontologica Scandinavica*. ■

ADVERTENTIE



THE DAWSON ACADEMY

FUNDAMENTALS OF FUNCTIONAL ESTHETIC DENTISTRY

High-level training for predictable, comprehensive care — now on The Dawson Academy's online campus.



Join free to explore exclusive content. Members gain access to the four-part Fundamentals of Functional Esthetic Dentistry series—up to **13.5 CE credits**.

One-time bundle €999* (parts not sold separately).

*Price excludes VAT.



JOIN NOW
DAWSONACADEMY.EU



Tribune Group GmbH Inc. Nationally Approved PACE Program Provider for FAGD/MAGD credit. Approval does not imply acceptance by any regulatory authority or AGD endorsement. 7/1/2024 - 6/30/2028. Provider ID# 355051



Summox One

Geen assistente beschikbaar? Summox werkt gewoon door.

Hoe het Summox One System het personeelstekort in de tandheelkunde structureel oplost — en uw praktijk veiliger, efficiënter en compliant maakt.



In 2026 staat de Nederlandse tandheelkunde voor een uitdaging die niet opgelost wordt met een nieuwe vacature: er zijn te weinig tandartsassistenten. Elke praktijk voelt het — langere wachttijden, overbelaste teams en een sterilisatieproces dat te veel tijd opslokt.

Tandartspraktijken zijn afhankelijk van goed opgeleid ondersteunend personeel — niet alleen voor patiënt begeleiding en ondersteuning van de tandarts, maar ook voor de wettelijk verplichte infectiepreventie. Het reinigen, desinfecteren en steriliseren van instrumenten is nauwkeurig, tijdrovend en foutgevoelig werk. In de huidige markt vraagt dat om een structurele oplossing.

"Wat als uw sterilisatieproces zichzelf regelt, terwijl uw team zich concentreert op de patiënt?"

SUMMOX DENTAL B.V. | EINDHOVEN

+ —..... ÉÉN SYSTEEM - DE VOLLEDIGE CYCLUS

Het Summox One System integreert reinigen, desinfecteren én steriliseren in één apparaat, inclusief desinfectie en oliën van hand- en hoekstukken. De assistent legt de gebruikte instrumenten in een Smart Container en plaatst deze op het systeem. De rest verloopt volledig onbemand. Een RFID-scan bepaalt automatisch het juiste ontsmettingsprogramma, waarna het systeem het proces uitvoert zonder verdere tussenkomst.

+ —..... DIRECT HERBRUIKBAAR - GEEN WACHTTIJD

Waar conventionele methoden een afkoelperiode vereisen, steriliseert het Summox One System tegen kamertemperatuur. Door middel van plasma-geactiveerde lucht worden micro-organismen effectief geëlimineerd. Het praktische voordeel is direct merkbaar: instrumenten zijn onmiddellijk na het proces herbruikbaar en er is geen wachttijd tussen behandelingen.

Doordat medewerkers minder direct contact hebben met scherpe of besmette instrumenten tijdens het proces, neemt het aantal prikincidenten aantoonbaar af. De herbruikbare Smart Containers vervangen bovendien alle sterilisatiezakjes — wat structureel bespaart op materiaalkosten en afval vermindert. De Smart Software registreert elke Container automatisch met volledige track & trace en procesdocumentatie. Uw praktijk is te allen tijde audit-ready, zonder dat iemand er extra tijd in steekt.

1 op 3

onvervulde assistent vacatures
in Nederland

40%

van de tijd gaat op aan de
instrumentencyclus, in plaats van
de patiënt

IN DE PRAKTIJK

- + VOLLEDIG AUTOMATISCH**
Vullen en plaatsen — de rest doet Summox. Geen assistent nodig bij het sterilisatieproces.
- + DIRECT HERBRUIKBARE INSTRUMENTEN**
Geen afkoelperiode nodig door unieke sterilisatiemethode.
- + MEER BEHANDELCAPACITEIT**
Uw assistent staat aan de stoel, niet in de sterilisatieruimte.
- + MINDER AFVAL**
Minder handschoenen en zakjes, minder kosten.
- + MINDER PRIKINCIDENTEN**
Onbemande verwerking, minder contact met scherpe instrumenten.
- + ALTIJD AUDIT-READY**
Track & trace en procesdocumentatie automatisch bijgehouden..

Terwijl u behandelt, werkt Summox

DEMO AANVRAGEN



WWW.SUMMOX.COM

Amerikaans onderzoek vindt verband tussen fluoride en betere cognitieve prestaties tieners

MINNEAPOLIS, VS – Sinds de verkiezing van Donald Trump tot president in 2024 is de discussie over waterfluoridering in de Verenigde Staten steeds meer gepolitiseerd. Dit komt grotendeels doordat minister van Volksgezondheid Robert F. Kennedy jr. ingaat tegen de wetenschappelijke consensus door waterfluoridering te koppelen aan verschillende gezondheidsproblemen, waaronder een lagere IQ-score. Een grote, nationaal representatieve Amerikaanse studie heeft daarom onderzocht of blootstelling aan fluoride – dat in grote delen van de VS wordt toegevoegd aan het drinkwater om cariës te voorkomen – in de kindertijd verband houdt met cognitieve uitkomsten in de adolescentie en op latere leeftijd. Het onderzoek levert belangrijke inzichten op voor het voortdurende debat over fluorideringsbeleid.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

De relatie tussen waterfluoridering en intelligentieniveaus is uitgebreid onderzocht, maar eerder onderzoek werd

soms beperkt door de gehanteerde studieopzet, zoals niet-representatieve steekproeven of onvoldoende correctie voor verstoringen. De hier besproken studie onderzoekt hoe fluorideblootstelling op niveaus die gebruikelijk zijn in de VS samenhangt met cognitieve prestaties in de adolescentie en rond de leeftijd van 60 jaar. In tegenstelling tot eerdere onderzoeken, die zich vaak richtten op populaties die werden blootgesteld aan extreem hoge fluorideconcentraties, evalueert deze analyse blootstellingen binnen het aanbevolen bereik van ongeveer 0,7 mg/l. Er werd gebruikgemaakt van de High School and Beyond-cohortstudie, een grote longitudinale dataset van meer dan 58.000 studenten die in 1980 werden geselecteerd en tot in de volwassenheid werden gevolgd.

De onderzoekers combineerden gedetailleerde gegevens over gemeentelijk fluorideringsbeleid met metingen van natuurlijk voorkomend fluoride in grondwater om deelnemers te classificeren op basis van fluorideblootstelling tijdens de jeugd: gedurende de hele kindertijd, gedeeltelijk of helemaal niet. Cognitieve uitkomsten werden bepaald aan de hand van toetsen op het gebied van lezen, wiskunde en woordenschat in het laatste jaar van de middelbare school en een algemene cognitietest rond de leeftijd van 60 jaar.

Van nature komen kleine hoeveelheden fluoride voor in het Nederlandse drinkwater. In Tiel startte vanaf 1953 een onderzoek naar de effecten van het toevoegen van extra fluoride aan het drinkwater op cariës. De bevolking werd hier niet over geïnformeerd. In de jaren zestig werd in meer Nederlandse gemeenten fluoride aan het drinkwater toegevoegd. Hoewel het effect positief was en het aantal gaatjes verminderde, was er veel weerstand tegen. In de jaren zeventig stopte de drinkwaterfluoridering in Nederland.

Het huidige advies in Nederland is om vanaf het eerste tandje te beginnen met één keer per dag poetsen met een peutertandpasta met fluoride en voor kinderen vanaf 5 jaar en volwassenen twee tot drie keer per dag te poetsen met een fluoridetandpasta voor volwassenen. De laatste tijd neemt de weerstand tegen fluoride in tandpasta in bepaalde kringen toe en wordt gewezen op mogelijke (niet wetenschappelijk onderbouwde) risico's van fluor.



Een nieuwe longitudinale studie uit de VS vormt een duidelijk tegenargument tegen claims dat waterfluoridering schadelijk zou zijn voor de cognitieve ontwikkeling.

Na correctie voor sociaaleconomische, demografische en geografische factoren vond de studie consequent positieve verbanden tussen aanbevolen fluorideblootstelling en cognitieve prestaties van adolescenten. De geschatte voordelen waren bescheiden, maar consistent over alle cognitieve

In grote delen van de Verenigde Staten wordt al sinds de jaren veertig en vijftig van de vorige eeuw fluoride toegevoegd aan drinkwater, wat de mondgezondheid significant heeft verbeterd. Ongeveer 63 procent van de Amerikanen heeft toegang tot gefluorideerd water.

metingen. De auteurs schrijven: "We vinden robuust bewijs dat jongeren die worden blootgesteld aan aanbevolen fluorideniveaus in drinkwater beter presteren op toetsen in wiskunde, lezen en woordenschat op de middelbare school dan leeftijdsgenoten die nooit aan deze fluorideniveaus waren blootgesteld."

Bij volwassenen waren de cognitieve uitkomsten eveneens positief geassocieerd met de aanbevolen fluorideblootstelling tijdens de adolescentie, hoewel de effecten kleiner en statistisch niet significant waren. Aanvullende analyses, ontworpen om verschillen tussen gemeenschappen door beleid uit te sluiten, suggereerden dat de gevonden verbanden waarschijnlijk niet werden veroorzaakt door bredere sociale of economische factoren.

Hoewel de auteurs verschillende beperkingen van de studie noemen – zoals het ontbreken van gegevens over daadwerkelijke fluoride-inname – maakt het onderzoek duidelijk dat de bewering dat de in de VS gebruikelijke niveaus van waterfluoridering schadelijk zijn voor de cognitieve ontwikkeling niet klopt. In plaats daarvan wijzen de resultaten erop dat aanbevolen fluorideblootstelling mogelijk bijdraagt aan betere academische prestaties in de adolescentie en geen nadelige invloed lijkt te hebben op het cognitief functioneren op latere leeftijd.

Het artikel, getiteld 'Childhood fluoride exposure and cognition across the life course', werd op 21 november 2025 online gepubliceerd in *Science Advances*. ■

Ordentic lanceert platform voor vergelijken en bestellen van dentale praktijkbenodigdheden

De inkoop van dentale praktijkbenodigdheden is voor veel tandartspraktijken weinig transparant. Prijzen en beschikbaarheid verschillen per leverancier, terwijl het vergelijken van producten vaak tijdrovend is. Met de lancering van Ordentic komt daar verandering in. Het platform stelt tandartspraktijken in staat om praktijkbenodigdheden van meerdere Europese leveranciers eenvoudig te vergelijken en via één centraal bestelproces te bestellen. Inmiddels zijn bijna honderdduizend artikelen op het platform beschikbaar van meer dan zeshonderd merken, zoals American Eagle en Zhermack.

Volgens initiatiefnemer Bas Morsink staan marges binnen tandartspraktijken onder druk door stijgende

kosten en gereguleerde tarieven. Tegelijk ontbreekt vaak inzicht in prijsverschillen tussen leveranciers. "Door producten direct te vergelijken op prijs en beschikbaarheid, helpen we praktijken om efficiënter in te kopen en zowel tijd als kosten te besparen," aldus Morsink. "Tegelijk ontsluiten we de markt voor leveranciers uit binnen- en buitenland richting tandartspraktijken in Nederland en België." Het assortiment op het platform zal de komende periode verder worden uitgebreid. ■

Meer informatie: www.ordentic.com

Contact voor vragen:

Bas Morsink
bas@ordentic.com
+31 (0)85 080 64 04



Colofon

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

Uitgever
OEMUS MEDIA AG

Hoofdreductie
Kees Adolfsen, Anne Doeleman en Suzanne Loohuis

Vaste medewerkers
Casper Bots, Henk Brand, Richard Mastwijk, Erik Ranzijn en Stephan Tjiook

Adviseur
Marcel Spek (Fresh Tandartsen)

Redactie
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. © 2026 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

WEETJE



Ratoncito Pérez, de Spaanse tegenhanger van de tandenfee

De Spaanse en Latijns-Amerikaanse tegenhanger van de tandenfee heet Ratoncito (muisje) Pérez. De muis draagt een strohoed en een bril en heeft over zijn schouder een tas waarin hij de melktandjes verzamelt die kinderen onder hun kussen leggen.

TEKST: SUZANNE LOOHUIS

Ratoncito Pérez komt voor in verschillende negentiende-eeuwse boeken. Het bekendste is dat van de jezuïet en schrijver Luis Coloma uit 1891. Hij beschreef de muis in een verhaal voor de toen 8-jarige koning Alfonso XIII op verzoek van diens moeder, regentes Maria Christina van Habsburg. De koning had namelijk net zijn eerste melktand verloren. In het sprookje verandert hij voor één nacht in een muis en maakt hij samen met Ratoncito Pérez een avontuurlijke tocht door Madrid, waarbij ze geld en kleine cadeautjes naar minder bedeelde kinderen brengen. Daarna stelt de muis de jonge koning voor aan zijn familie, die in een koekjesdoos woont in een banketbakkerij aan de Calle Arenal, in het centrum van Madrid. Daar is tegenwoordig het Casa-Museo de Raton Pérez gevestigd, een klein museum waar bezoekers alles te weten komen over de geschiedenis van het verhaal. ■



"Hier woonde, in een koekjesdoos in de banketbakkerij Prast, Raton Pérez, volgens het verhaal dat pater Coloma schreef voor de jonge koning Alfonso XIII."



Goede mondverzorging begint bij het eerste tandje. **elmex® peuter tandpasta** heeft een milde smaak en is speciaal ontwikkeld voor kindjes van 0 tot 5 jaar.



Tussen het 5e en 12e jaar vindt het wisselen van het melkgebit plaats. **elmex® Junior tandpasta** is speciaal ontwikkeld voor deze fase. **elmex® Junior** mondwater wordt speciaal aanbevolen voor kinderen (6+) met een beugel.

De nieuwe **elmex® Junior Professional color changing 6+ tandpasta** verandert van kleur tijdens het tandenpoetsen. De tandpasta kleurt van wit naar blauw wat kinderen helpt om langer en met meer enthousiasme te poetsen.



Luister tijdens het tandenpoetsen naar leuke elmex poetsverhalen!



Gezonde tanden, een leven lang.

*Nummer 1 tandpastamerk voor cariës en voor kinderen van 0-12 jaar. Ipsos, Colgate-Palmolive BRMO The Netherlands 2023, N=300

ESTELITE

Esthetiek met systeem – composieten van TOKUYAMA

Specialisten & alleskunnners:
De ESTELITE-serie - een uniek systeem
voor de moderne vullingstherapie gebaseerd
op sferische vuldeeltjes.



Individuele toepassingsmogelijkheden
door zeer verschillende viscositeiten



Uitstekend te polijsten en te hantering
meermaals onderscheiden door de Dental Advisor



Hoge belastbaarheid
door optimaal op elkaar afgestemde sferische vuldeeltjes



Snelle diepteharding
door gecontroleerde brekingsindices
& RAP-technologie



Voor de ideale workflow:

Onze
ESTEPOLISHER



INFO
& MEER

 **Tokuyama**

tokuyama-dental.eu