Dental Tribune

The World's Dental Newspaper

Nederlandse editie | nl.dental-tribune.com | Jaargang 16, nr. 8

ADVERTENTIE





ZELFSTANDIGEN-WET

Nieuw zzp-wetsvoorstel gepubliceerd: Lastig aanleggen in 'veilige haven'

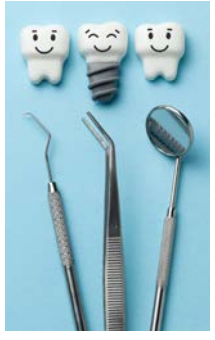
Pagina 6



CASUS

Turner-hypoplasie als gevolg van infecties en trauma in het melkgebit

Pagina 12-13



REPORTAGE

Staat de verwijspraktijk onder druk?

Pagina 16



INTERVIEW

Tandarts en ondernemer Hardi Mirza: "Gezonde zorg kan alleen vanuit een gezonde onderneming"

Pagina 17

Post-covid en mondzorg: Een onmogelijke combinatie?

Volgens de schatting van patiëntenvereniging Long Covid Nederland telt ons land inmiddels meer dan 500.000 post-covidpatiënten. Van hen zijn er circa 100.000 zeer ernstig beperkt. Post-covid (voorheen long covid genoemd) en 'even' naar de tandarts? Een bijna onmogelijke opgave. Heeft de mondzorg hier een antwoord op? Twee impressies.

TEKST: KEES ADOLFSEN

Beatrijs Rumke (Utrecht, 32 jaar) benoemt haar gezondheidssituatie als "niet veel soeps. Nou ja, iets meer soeps dan het geweest is, nu ik medicatie heb die wat doet." Tot een klein jaar terug bracht ze 20 tot 22 uur per etmaal in bed door. Met elk uur een kwartier lang haar ogen dicht om uit te rusten. Ze kreeg 4,5 jaar geleden covid en is daar niet meer van hersteld. Het eerste jaar kon ze nog stukjes fietsen. Na dat jaar werd ze nog eens getroffen: op haar dertigste verjaardag lag ze met koorts in bed – en werd bedgebonden.

Daarbovenop werd ze getroffen door Posturaal Orthostatisch Tachycardie Syndroom (POTS), een verstoring van het autonome zenuwstelsel dat de hartslag sterk doet stijgen bij rechtop gaan zitten en vooral bij staan. "Als ik staand douchte steeg mijn hartslag naar 150. Mijn haar wassen voelde als een marathon lopen."

Grote aanslag

De meeste medische hulp krijgt Rumke online. Haar vorige huisarts wilde haar per se op de praktijk zien. Dat bleek een grote aanslag op haar fysieke vermogens. Een nieuwe huisarts komt thuis langs als er echt iets is. Ze is nu onder behandeling bij de Vermoeidheidkliniek, een expertisekliniek voor ME/cvs en post-covid. Daar hoefde ze alleen fysiek naartoe voor de intake en diagnostiek. Medische ondersteuning van een ergotherapeut, internist, diëtist en fysiotherapeut gaat allemaal via Zoom. "Daar ben ik blij mee, omdat ik zo niet verslechter door naar afspraken te gaan. Na zulke afspraken heb je zo'n grote crash dat je je baseline er blijvend door kunt verergeren."

Die crash wordt inmiddels Post Exertionele Malaise (PEM) genoemd, gekenmerkt door buitenproportionele uitputting en verergering van klachten.

> "Mijn haar wassen voelde als een marathon lopen"

De erkenning daarvan stond haaks op de richtlijn die de Gezondheidsraad in 2005 had uitgebracht over het omgaan met ME/cvs. Daarin werd een combinatie geadviseerd van cognitieve gedragstherapie (CGT) en graded exercise therapy/training (GET). Die 'tussen-de-oren-benadering' is inmiddels geheel losgelaten, weet Rumke, "omdat daar veel mensen mee de fout in zijn gegaan en hun situatie blijvend hebben beschadigd. Je kunt beter binnen je grenzen blijven en je lichaam een gevoel van veiligheid geven. Van daaruit kun je heel voorzichtig een beetje oprekken."

Dossier op pauze

Sinds een klein jaar zijn er minieme verbeteringen. Rumke gebruikt low-dose naltrexon, een medicijn dat in veel hogere doses gebruikt wordt in de verslavingszorg. Ze heeft een elektrische rolstoel, waarmee ze soms een halfuurtje naar buiten kan. Er is een douchekruk, er staan stoelen overal. "Al ga ik als ik duizelig word meestal direct op de grond zitten". En ze heeft een histamine-laag dieet, omdat werd ontdekt dat ze MCAS heeft: histamine-intolerantie.

Met iets meer bewegingsruimte konden ook andere zaken eindelijk weer aandacht krijgen: een kapper aan huis bijvoorbeeld. En ook de tandarts kwam weer in beeld.

Ze is al 4,5 jaar niet meer naar de tandarts geweest. Van haar tandartspraktijk had ze nog eens een oproep gekregen, maar ze had niet de energie daarop te reageren. Ongeveer een jaar later kreeg ze het bericht dat haar dossier op pauze was gezet, omdat ze al zo lang niet was geweest. Maar een telefoontje wat daarvan de oorzaak zou kunnen zijn, heeft ze nooit gekregen.

Op onderzoek uit

Gemotiveerd om haar mondgezondheid op peil te houden – bovendien zit haar spalkje een beetje los – begon ze een zoektocht naar een tandarts aan huis. In haar eigen praktijk had ze geen fiducie, temeer omdat die op de website niets vermeldt over aandacht voor kwetsbare patiënten. Zoekend naar tandartsen die gewend zijn op locatie te komen, stuitte ze vooral op mondzorg voor verzorgings- en verpleeghuizen, GGZ-instellingen en onder meer gevangenissen: uitsluitend op instellingsniveau, nooit voor particu-



FOTO: ADOBE STOCK

Lees verder op pagina 10



FOTO: SEBASTIAAN VAN DOORNIK

SENSODYNE

HALEON



TOT 3X BETERE OCCLUSIE IN VITRO VERGELEKEN MET CONCURRERENDE TECHNOLOGIE[1]

SENSODYNE CLINICAL REPAIR, ONZE BESTE TOT NU TOE.

- Sensodyne Clinical Repair met 5% NovaMin
- Start herstel van gevoelige tanden in 2 minuten[2]
- Tot 100% verlichting van gevoelige tanden[3]
- 1,7x grotere reductie in micro fluidic flow vergeleken met Elmex Sensitive Professional, Pro-Agrin + Zinc[4]
- NovaMin creëert een laag welke tot 69% harder is dan concurrerende technologie[5]

GRATIS SAMPLES
te bestellen via:
haleonhealthpartner.com

1. 1% Tubule occlusion at the surface from top down imaging in vitro, Haleon data on file. 2. Verlichting in 3 dagen vergeleken met een reguliere tandpasta.
3. met 2x daags poetsen binnen 8 weken. 4. Gebaseerd op reductie in hydraulic conductance van microfluiic flow. Haleon data on file 5. Adapted from Haleon Data on File, accepted for presentation at IADR New Orleans 2024. Trademarks are owned by or licensed to the Haleon group of companies. © 2026 Haleon group of companies or its licensor. PM-BE-SENO-25-00005.

Eredoctoraat UvA voor straattandarts Didi Landman

De Universiteit van Amsterdam (UvA) kent een eredoctoraat toe aan de Rotterdamse tandarts Didi Landman vanwege haar niet-aflatende inzet voor toegankelijke mondzorg voor dak- en thuislozen en haar brede maatschappelijk engagement.



FOTO: ACTA

Didi Landman is tandarts in Rotterdam. Naast haar werk in haar eigen tandartspraktijk zet zij zich al jaren in voor mensen die buiten de reguliere zorg vallen: dak- en thuislozen, mensen zonder verzekering of vaste verblijfplaats en patiënten voor wie mondzorg geen prioriteit kan zijn omdat overleven vooropstaat. Een dag per week behandelt zij deze patiënten gratis in een behandelkamer van Spoedpost 365 in het Erasmus MC.

Landman is ook oprichter van de stichting Dental Care for Homeless People, was medeorganisator van de Rotterdamse Tandartsendag – waar minder bedeelde patiënten gratis worden behandeld – en werkte in de mondzorgkaravaan van Dokters van de Wereld. Onlangs verscheen haar boek *Straattandarts 010 – Het boek. Iedereen een glimlach*. De opbrengst van het boek komt ten goede aan haar stichting, die de gratis mondzorg mogelijk maakt.

"Landmans werk laat zien hoe mondzorg direct samenhangt met waardigheid, gezondheid en kansen in het leven. Zij maakt duidelijk dat slechte mondgezondheid geen individueel falen is, maar een signaal van bredere maatschappelijke problemen," aldus erepromotor prof. dr. ir. Monique van der Veen, hoogleraar Monitoring in mondgezondheid bij ACTA. "Landman biedt niet alleen zorg, maar ze is ook een krachtig voorbeeld van de maatschappelijke rol die de tandheelkunde kan spelen."

Naast Landman ontvangt ook de Franse schrijver en socioloog Édouard Louis een eredoctoraat van de UvA. "Didi Landman en Édouard Louis bewegen zich in verschillende werelden – zorg en literatuur –, maar delen een sterke focus op mensen die door systemen worden uitgesloten," aldus rector magnificus prof. dr. Anniek de Ruijter. "Landman doet dat aan de tandartsstoel, Louis met de pen. Beiden maken lichamelijke en sociale kwetsbaarheid zichtbaar, nemen schaamte weg en leggen de structuren bloot die ongelijkheid in stand houden. Hun werk sluit nauw aan bij waar de UvA voor staat: met kennis, betrokkenheid en verbeeldingskracht bijdragen aan een veerkrachtige en rechtvaardige samenleving." De eredoctoraten worden uitgereikt tijdens de viering van de dies natalis van de UvA op donderdag 21 januari 2027. ■

BRON: UVA EN ACTA

Subsidie voor ACTA-onderzoek naar verbeteren kankerbehandeling

ACTA-onderzoeker Victor van Santen (sectie Orale Celbiologie) krijgt geld van ZonMw voor onderzoek naar een nieuwe manier om CAR-T-cellen meer toegang tot tumoren te geven. Dit kan CAR-T-celtherapie verbeteren.

Van Santen heeft een ZonMw Off Road-subsidie van € 3.550,– ontvangen voor het onderzoeksproject UNLOCK. In de komende 18 maanden onderzoekt hij of het bestaande bloeddrukmedicijn Losartan kan helpen om afweercellen (CAR-T-cellen) beter toegang te geven tot vaste tumoren, zoals tumoren in de mond. Deze tumoren worden ook wel solide tumoren genoemd.

CAR-T-celtherapie is een behandeling waarbij T-cellen van patiënten genetisch worden aangepast, zodat ze kankercellen kunnen herkennen en aanvallen. Deze behandeling werkt al goed bij verschillende vormen van bloedkanker. Bij solide tumoren is dat nog lastig, onder meer omdat de bloedvaten in deze tumoren vaak samengedrukt worden. Daardoor kunnen CAR-T-cellen de tumor moeilijk bereiken. In het project UNLOCK richt het onderzoek zich daarom niet op de afweercellen zelf, maar op de omgeving van de tumor.

BRON: ACTA

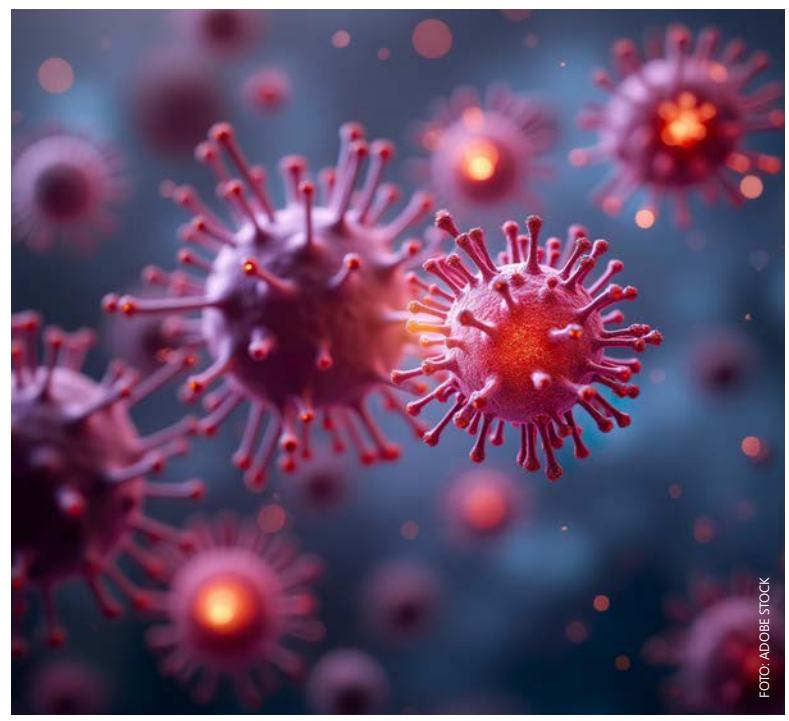


FOTO: ADOBE STOCK



Redactioneel

Columnist Casper P. Bots vertelde in de vorige editie van *Dental Tribune* hoe fijn het is om je onderdeel te voelen van een team, ook als je zzp'er bent. Samen leren, een gezamenlijke visie delen en je betrokken voelen bij de praktijk: het maakt je werk niet alleen leuker, maar uiteindelijk ook beter.

Voor zzp-journalisten geldt precies hetzelfde. Een nieuwe opdracht is altijd welkom, maar samenwerken met collega's is toch echt veel leuker dan altijd in je eentje achter je laptop zitten. Dus toen we begin dit jaar met drie freelance redacteuren aan de slag mochten om *Dental Tribune* te vullen, voelde dat als een mooie kans. In vergaderingen via Teams wisselden we ideeën uit en bedachten we nieuwe rubrieken.

Natuurlijk schrijft iedereen zijn eigen verhalen. Kees maakte voor dit nummer bijvoorbeeld een mooi verhaal over mondzorg aan post-covidpatiënten. Anne spoort voor elke editie weer een mondzorgprofessional met een interessante hobby of tweede baan op. En ik schrijf graag over leuke weetjes uit de geschiedenis van de tandheelkunde. Samen maken we *Dental Tribune* met heel veel plezier. ■

Mede namens Kees Adolfsen en Anne Doeleman,

Suzanne Loohuis

KNMT schorst tandarts die neonazi-kooigevecht faciliteerde

De KNMT heeft tandarts Bas E. uit Oeffelt geschorst als lid. De tandarts kwam onlangs in opspraak nadat televisieprogramma Zembla beelden liet zien van neonazistische kooigevechten op zijn terrein. De beroepsvereniging is geschokt door zijn rol bij de bijeenkomst.

De *Zembla Special: De neonazi-files*, een documentaire in samenwerking met journalisten van het VRT-programma *Pano*, werd op 18 november uitgezonden. Het onderzoeksprogramma brengt een netwerk van neonazi's en zogenoemde 'active clubs' in Nederland en België in beeld. Er waren onder meer beelden te zien van illegale kooigevechten en extremistische bijeenkomsten.



FOTO: ADOBE STOCK

Een van de vechttoernooien vond plaats op het terrein van tandarts Bas E. uit Oeffelt. In de uitzending is te zien dat bij zijn huis een neonazistisch vechttoernooi wordt gehouden en dat hij daar samen met zijn vrouw en 7-jarige dochter naar kijkt. Ook is te zien hoe hij de aanwezigen toespreekt. Hij zegt daarbij dat "Sieg Heil" in zijn hart zit, maar dat hij niet wil dat de buurt het hoort.

De KNMT schorste Bas E. als lid naar aanleiding van de beelden. "Met zijn door Zembla aan het licht gebrachte acties en opvattingen heeft Bas E. het aanzien van en het vertrouwen in de beroepsgroep zeer ernstig geschaad," aldus de KNMT. Bovendien valt volgens de beroepsvereniging "zeer te betwijfelen of hij patiënten kan benaderen met een open en onbevooroordeelde houding, ongeacht hun etniciteit." Volgens de KNMT moeten alle mensen gelijkwaardig worden behandeld, zoals ook in de gedragsregels voor tandartsen staat. De KNMT zal na onderzoek overgaan tot een definitief besluit over zijn lidmaatschap.

E. werkt overigens niet in Oeffelt, maar heeft een tandartspraktijk in het nabijgelegen Wijchen. De enige tandartspraktijk in Oeffelt heeft niets met het incident te maken, maar kreeg onterecht veel kritiek over zich heen. Ook een andere tandarts met de voornaam Bas, die niets met de beelden te maken heeft, werd online bedreigd. ■

BRONNEN: KNMT EN NOS

Column
Richard Mastwijk



Tijd om knopen door te hakken

Ik ben inmiddels ruim een half jaar met pensioen en merk dat het nu echt rustiger begint te worden. De mails zijn beperkt en mijn mobiel maakt geen overuren meer. Daarom was ik verheugd om door Van Lanschot te worden uitgenodigd voor een presentatie van de Miljoenennota. Weer even een aantal oud-collegae spreken en gelijk worden bijgepraat over de fiscale actualiteit van het moment.

Ik had te doen met Hanneke Kronenberg, fiscalist bij Van Lanschot, die de presentatie van het belastingplan 2027 voor haar rekening nam. Dit 'belastingplan' verdiende eigenlijk niet meer dan de aanduiding 'belastingballonnetje'. De presentatie die op woensdag werd gegeven, kon nog diezelfde ochtend worden herschreven. Aanleiding was een brief van Financiën met aanpassingen. Nagenoeg alle daar aanwezigen hadden reeds bij de presentatie het idee dat het niet tot deze aanpassingen beperkt zouden blijven.

In alle talkshows kwam de oppositie aan het woord en gaf aan deze wijzigingen niet te gaan steunen. De onterechte bevoordeling van de 'rijken' in box 2, het 'te grazen nemen' van de kleine spaarder in box 3 en de verhoging van lasten op arbeid in box 1. In ruil voor steun wil iedere partij iets in de wacht slepen: immigratiebeperking, abortus of uitstel stikstofbeperking. Het komt op mij over alsof geen enkele partij het bovenliggende belang van het land nog in gedachten heeft. De vergelijking met een kleuterklas dringt zich daarbij aan mij op.

Hetzelfde gevoel bekruipt mij bij het lezen van de plannen rondom het zich voortslepende dossier over schijnzelfstandigheid. Inmiddels heeft minister Thierry Aartsen de conceptversie van de Zelfstandigenwet gepubliceerd. Net als alle eerdere pogingen heeft ook dit wetsvoorstel de ambitie om een toekomstbestendig antwoord te geven op de vraag wanneer je wel of niet als zzper aan de slag kunt gaan. Bij de toetsing komt zowel de zelfstandigheid als de werkrelatie aan bod.
Voor de beoordeling van de zelfstandigentoets lijkt de tien jaar geleden afgeschafte VAR-verklaring haar herintrede te maken. Zaken als meerdere opdrachtgevers en een inschrijving bij de KvK zijn daarbij weer van invloed op beoordeling. Ook het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering speelt een rol. Ik ken heel wat echte ondernemers, die een dergelijke verzekering niet hebben! Bij de tweede toets komt weer het hele riedeltje aan de orde, zoals de werktijden en het gebruikmaken van het gereedschap van de opdrachtgever. Ik voorzie dat alle oude argumenten weer van stal zullen worden gehaald en dat oude bezwaarschriften kunnen worden afgestoft. Een leuk verdienmodel waar ik niet meer de vruchten van zal kunnen plukken.

Deze impasse vraagt om leiderschap, waarbij de broodnodige duidelijkheid wordt verschaft en er eindelijk knopen worden doorgehakt. ■

Lintje voor Monique Danser

Tijdens haar afscheidssymposium op 2 oktober 2026 bij ACTA kreeg parodontoloog Monique Danser een bijzondere verrassing: ze werd benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau.



FOTO: ACTA

Op vrijdag 2 oktober vond het symposium Past – Present – Future plaats. Dit was het afscheid van Monique Danser, die met pensioen gaat. Collega's, relaties en andere betrokkenen kwamen samen om stil te staan bij haar bijzondere loopbaan en haar grote bijdrage aan ACTA. Burgemeester Michel Rog van Bloemendaal benoemde Danser tijdens dit symposium tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau, vanwege haar langdurige en bijzondere verdiensten op het gebied van mondzorg.

Danser werkte vanaf 1988 bij ACTA. Ze promoveerde in 1996 en combineerde het behandelen van patiënten met onderzoek en onderwijs. Ze vervulde een aantal leidinggevende functies bij ACTA, waaronder chef de clinique van de afdeling Parodontologie, voorzitter van de afdeling Orthodontie en directeur van de post-hbo-parodontologieopleiding voor mondhygiënisten. In 2017 werd ze directeur van de masteropleiding Oral Health Sciences, profiel Parodontologie. Via ACTA Dental Education organiseerde ze congressen over vakgerelateerde onderwerpen: van preventie en patiëntgerichte zorg tot diversiteit en inclusiviteit. Ook is ze als expert betrokken bij het Kennisinstituut Mondzorg.
Daarnaast was Danser voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) en penningmeester van de European Federation of Periodontology (EFP). Bovendien was ze een van de coördinatoren van het grote internationale parodontologiecongres EuroPerio9 in 2018 in Amsterdam. ■

BRON: ACTA EN GEMEENTE BLOEMENDAAL

Oproep

VANUIT DE STOEL

Dental Tribune belicht de dentale sector van veel kanten: de mondzorgverleners, de beroepsverenigingen, de opleidingen, de overheid, de industrie en internationaal. Daarbij ontbreekt tot nu toe één perspectief: dat van de patiënt in de stoel. Hoe verfrissend zou het zijn om, zonder de hijgerige hectiek van online beoordelingen, de mening van de patiënt te horen over zijn/haar ervaring bij u in de behandelstoel?

Daarom heeft *Dental Tribune* een nieuwe rubriek: 'Vanuit de stoel'. Hierin laten we patiënten aan het woord over uw behandeling. Hopelijk biedt dat de nodige inzichten, complimenten, tips, tricks en eyeopeners.

Onze oproep: 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.


FOTO: ADOBE STOCK

7 jaar cel voor tandarts met 'keelfetisj'

Een 72-jarige tandarts uit het Belgische Wilrijk is veroordeeld tot een celstraf van 7 jaar voor verkrachting en aanranding van vrouwelijke patiënten. Volgens de rechtbank in Antwerpen verzon de tandarts medische handelingen en gebruikte hij 25 jaar lang zijn functie om 'zijn seksuele lusten te botvieren'.

De tandarts werd in oktober jl. schuldig bevonden aan verschillende feiten: verkrachting en aantasting van de seksuele integriteit, maar ook valsheid in geschrifte en het gebruik van valse stukken, oplichting, het onwettig uitoefenen van de geneeskunde en het zich onwettig uitgeven als dokter. De man werd in april 2025 gearresteerd in een onderzoek naar zedenfeiten. Hij voerde 'keelontsmettingen' uit bij zijn patiënten, een niet-bestaande medische handeling. Daarbij stak hij zijn vingers diep in de keel van patiënten, masturbeerde erbij en filmde het hele proces. Deze praktijken werden verklaard vanuit een 'keelfetisj'.
Eind 2024 diende een patiënte een klacht in, omdat zij aan de behandeling "een vreemd gevoel had overgehouden". Uiteindelijk meldden zich 73 slachtoffers; de eerste klacht gaat al terug tot 1995. De politie vond in de praktijk en de woning van de tandarts grote hoeveelheden beeldmateriaal waarop seksueel getinte handelingen tijdens tandartsbehandelingen te zien waren. Op zijn computer werden daarnaast beelden van seksueel misbruik van minderjarigen gevonden.
Tijdens het proces, afgelopen september, namen verschillende slachtoffers het woord. Ze vertelden dat de keelontsmettingen aanvoelden als een foltering. Er waren ook slachtoffers die getuigden dat de tandarts masturbeerde terwijl hij met zijn vingers in hun keel ging. De rechtbank benadrukt dat verkrachting elke vorm van seksuele penetratie omvat, ongeacht de aard of het gebruikte middel, wanneer het slachtoffer daarvoor geen toestemming heeft gegeven. "Ook een penetratie van de keel zonder enige tandheelkundige finaliteit en met een seksuele opzet valt onder die omschrijving."
Opmerkelijk is dat de celstraf beduidend hoger uitvalt dan de 5 jaar die het Openbaar Ministerie had geëist. Volgens de rechter staat 5 jaar (minus 2,5 jaar voorarrest) niet in verhouding tot de lange termijn, het grote aantal slachtoffers en de traumatische gevolgen voor de slachtoffers en de maatschappij. ■

BRON: VRT

ADVERTENTIE



MEER DAN MONDHYGIËNIST



Eva Vrijdag is niet alleen mondhygiënist, maar ook dj. Ze draait elk weekend, zowel in clubs als op festivals.

TEKST: ANNE DOELEMAN

“Ik heb festivals en muziek altijd al heel vet gevonden. Ik heb veel bewondering voor alles wat erbij komt kijken: de muziek, de dj's, het lichtplan en de manier waarop alles samenkomt om zo'n ervaring neer te zetten. Toen ik nog te jong was om naar festivals te gaan, keek ik er video's van. Ik was gefascineerd door hoe iets op zo’n grote schaal kon worden opgebouwd.
Ook op verjaardagen was ik altijd met muziek bezig. Mijn zus mocht op een gegeven moment wel naar festivals en had een eigen draaitafel. Daar kon ik niet vanaf blijven, dus besloot ik er zelf ook een aan te schaffen. Ik heb mezelf vervolgens alles aangeleerd en begon met draaien op verjaardagen en huisfeestjes. Langzaam ging mijn naam rond en kwamen er steeds meer kansen op mijn pad. Wat begon als een hobby, is uiteindelijk een beetje uit de hand gelopen.”



Trance

“Het mooiste aan dj zijn, vind ik dat je de muziek waar je zelf van houdt kunt delen met anderen en daar samen van kunt genieten. Ik heb verschillende genres gedraaid, maar gaandeweg ontwikkel je je eigen sound. Waar ik vroeger op verjaardagen vooral draaide wat het publiek leuk vond, kies ik nu steeds meer voor mijn eigen smaak. Dat is vooral hardtrance en acid, met af en toe wat hardhouse.
De energie in mijn sets is kenmerkend voor mijn sound, vaak met een break en een stevige drop. Wat ik draai, hangt wel af van het moment en het publiek. Een openingsset vraagt bijvoorbeeld om een andere opbouw dan een afsluitende set. Als mensen net binnenkomen, wil je de sfeer opbouwen en de toon zetten voor de dag. Bij een afsluiter kun je juist alles geven. Ik vind het allebei heel tof om te doen.”

> “Het gaat me vooral om de muziek, de sfeer en de energie die je samen met het publiek neerzet”

Preventie

“Ik draai al sinds mijn zestiende, maar de afgelopen drie jaar ben ik het serieuzer gaan aanpakken. Inmiddels heb ik gemiddeld één à twee gigs per weekend, van intieme feestjes tot clubs, poppodia en festivals. Het grootste festival waar ik heb gestaan, is Tomorrowland. Ook Subcultuur in Nijmegen was bijzonder: ik woon er zelf, kwam er vroeger als bezoeker en mocht uiteindelijk het festival afsluiten. Ik vind het fijn dat ik nog één dag per week als mondhygiënist werk. Ik vind de mondzorg leuk en ik werk in een fijne praktijk in Arnhem, waar ik met plezier naartoe ga. Mijn passie ligt inmiddels vooral bij muziek en ik heb onlangs een opleiding muziekproductie gevolgd, maar ik vind de afwisseling juist fijn. Ik houd van het contact met mensen en het preventieve aspect van de mondzorg. Mijn moeder was tandartsassistent en heeft me daar onbewust enthousiast voor gemaakt.”

Buitenland

“Ik wil me als dj niet te veel laten meeslepen en bewust blijven kiezen welke kansen ik wel en niet aanpak. Sommige dj’s reizen ieder weekend de hele wereld over, maar ik vind het belangrijk om daarin mijn eigen balans te bewaken. Natuurlijk lijkt het me geweldig om af en toe in het buitenland te draaien. In speel inmiddels wel eens in Duitsland en Frankrijk, en ooit zou ik heel graag een show buiten Europa willen doen.
Ook de mainstage van Tomorrowland is een droom. Tegelijkertijd hoeft het voor mij niet altijd zo groot te zijn. Ik zou minstens zo graag op Wildeburg draaien, een festival in de Noordoostpolder waar de sfeer geweldig is. Het gaat me uiteindelijk niet alleen om hoe groot een podium is, maar vooral om de muziek, de sfeer en de energie die je samen met het publiek neerzet.” ■

Column
Erik Ranzijn



Museum

We hadden kaartjes gekocht voor de overzichtstentoonstelling van Yayoi Kusama in het Stedelijk Museum in Amsterdam. Zoals wel vaker bij populaire exposities werd de toestroom van het publiek gereguleerd door middel van zogenaamde timeslots. Dit betekende overigens niet dat het rustig was in het museum. Buiten stond al een rij voor de tassencontrole en binnen sloten we weer aan voor de kaartcontrole.

Ik houd erg van elektronische snufjes, en in het verlengde daarvan had ik ooit besloten om mijn museumkaart als app in mijn telefoon op te slaan. Een fysieke kaart vult mijn uitpuilende portefeuille alleen maar nóg meer en deze heb ik, in tegenstelling tot mijn telefoon, niet altijd bij me. Terwijl we in de tweede rij voortschuifelden naar de suppoost met de scanner, opende ik de betreffende app. Ik kreeg de melding dat de kaart op dit toestel niet actief was. Ik had een paar weken geleden een nieuwe telefoon gekocht en kennelijk werkt de kaart maar op één toestel. We moesten even de rij uit en een vriendelijke museummedewerker die vaker met dit bijltje had gehakt, begeleidde me door het vele stappen tellende proces van heractivatie. Uiteraard kon Hannah het niet laten om na afloop van deze exercitie het gemak van een fysieke kaart te onderstrepen. Het is niet voor het eerst dat mijn neiging tot innovatie ongewenst en onbedoeld tot ongemak leidt.
We trokken langs het werk van de indrukwekkende Japanse kunstenares, die de laatste jaren van haar leven een enorme productie had, terwijl ze in een psychiatrisch ziekenhuis verbleef. In een van de laatste zalen moest ik denken aan *The Inner World Of Mental Illness*, een boek dat ik tijdens mijn studie psychologie had gelezen. Hierin beschrijven psychotische en neurotische patiënten hun daden en gevoelens in de strijd met hun psychische aandoening. Drie wanden van de zaal waren van vloer tot plafond volledig volgehangen met enorme hallucinante schilderijen. Ik nam even plaats op een bankje in het midden van de zaal om een en ander op me in te laten werken.
Naast mij gingen twee vrouwen zitten, net als ik in the *shady side of sixty*. Zij zaten met hun ruggen naar mij toe, waardoor we geen zicht op elkaar hadden en zij wellicht het onterechte idee hadden dat ik er niet was. Ik kon ze niet goed zien, maar des te beter horen. De zinnen van de ene vrouw werden telkens afgemaakt door de andere vrouw, waarop deze dat nog eens herhaalde. In combinatie met de imponerende schilderijen en de herinnering aan het boek zorgde de conversatie voor een flinke dosis vervreemding.
“Al met al zorgde zijn houding ervoor...”
“dat je niet wist waar je aan toe was…”
“dat ik niet wist waar ik aan toe was, en daardoor...”
“aan jezelf ging twijfelen…”
“aan mezelf ging twijfelen. Ik stond in een...”
“spagaat…”
“spagaat”, rondde de eerste vrouw af.
Er viel een stilte.
Thuis pakte ik, jaren na mijn afstuderen, het boek weer uit de kast. ■

Nieuw zzp-wetsvoorstel gepubliceerd: de Zelfstandigenwet

Lastig aanleggen in ‘veilige haven’



FOTO: ADOBE STOCK

Meer duidelijkheid over de grens tussen zelfstandigheid en loondienst. Hierop wacht het werkveld al jaren. Minister Aartsen van Werk en Participatie publiceerde daarom op 1 oktober het wetsvoorstel Zelfstandigenwet. Wie eraan voldoet, werkt zonder gezagsverhouding en kan dus zelfstandig werken: een ‘veilige haven’, volgens de minister. Een interessante gedachte.

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

Of de Zelfstandigenwet daadwerkelijk de oplossing wordt, is nog maar zeer de vraag. Dit is onze conclusie na het lezen van de uitgebreide toelichting op het wetsvoorstel.[1] Voor een uitleg van hoe we tot dit oordeel zijn gekomen, kijken we eerst kort naar de situatie die vandaag de dag geldt en daarna naar hoe de Zelfstandigenwet zich hiertoe verhoudt. Vervolgens beschrijven we de onderdelen van het wetsvoorstel concreet en duiden deze voor de arbeidsrelaties in de zorg. Met een kritische conclusie tot gevolg dus.

Dit artikel is een vervolg op onze zzp-updates in *Dental Tribune* van dit voorjaar[2] en van het voorjaar van 2025[3].

Burgerlijk Wetboek bepaalt de grens

De omschrijving van de arbeidsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek bepaalt al sinds begin vorige eeuw de grens tussen het werken in loondienst en werken als zelfstandige. Kort gezegd verbindt bij een arbeidsovereenkomst de werknemer zich om gedurende een bepaalde tijd, in dienst van de werkgever (gezag) en tegen loon, arbeid te verrichten.[4] De beoordeling, vooral van het gezagscriterium, komt neer op het wegen van alle relevante feiten en omstandigheden in samenhang. Er bestaat geen rekenformule voor. Dit noemen we de ‘holistische toets’. Ondanks nadere inkleuring in de rechtspraak, met name door het Deliveroo-arrest[2,5], biedt deze open norm nog steeds onvoldoende duidelijkheid. Met alle gevolgen van dien, zoals (onnodige) terughoudendheid bij opdrachtgevers om een samenwerking aan te gaan of risico’s op naheffingen achteraf als bijvoorbeeld de Belastingdienst onverwacht wél een arbeidsovereenkomst aanwezig acht.

Introductie veilige haven

Met de Zelfstandigenwet introduceert minister Aartsen een alternatieve toets, die hij náást de holistische toets wil zetten. Het wetsvoorstel focust op zelfstandigheid en moet meer duidelijkheid bieden. Hiermee wil de minister de al jaren durende zzp-discussie vlot trekken. Het wetsvoorstel bevat twee toetsen waaraan de werkende en de arbeidsrelatie moeten voldoen: een zelfstandigentoets en een werkrelatietoets. Voor beide geslaagd? Dan is sprake van zelfstandigheid en dus niet van gezag of loondienst. In de woorden van Aartsen: een ‘veilige haven’. Zo niet, dan kunnen partijen alsnog terugvallen op de klassieke holistische toets. (Bekijk voor de criteria van de toetsen van het nieuwe wetsvoorstel het kader hieronder.)

Kritiek op nadere uitwerking

Het in oktober gepubliceerde wetsvoorstel is een aanpassing op het oorspronkelijke initiatief, dat vorig voorjaar al vanuit de Tweede Kamer kwam.[2,6] Op hoofdlijnen zijn de belangrijkste aanpassingen:

- Het sectoraal rechtsvermoeden en de commissie beoordeling arbeidsrelaties neemt de minister in het huidige voorstel niet meer mee.
- De criteria voor beide toetsen zijn aangepast en nader uitgewerkt (in een concept-memorie van toelichting van 83 pagina’s).

Klassieke toets niet overboord

De Zelfstandigenwet is dus bedoeld als aanvulling op het nu bestaande onderscheid tussen zelfstandig en in loondienst. Om het duidelijker te maken. Het is dus niet zo dat bijvoorbeeld met minder dan drie opdrachtgevers (een criterium uit het nieuwe wetsvoorstel) zelfstandigheid direct is uitgesloten. Mogelijk blijkt zelfstandigheid bij weging van alle relevante omstandigheden in onderling verband (dus via de holistische toets) wél mogelijk. De holistische toets blijft immers gewoon intact.

Een situatie die voor ons nog onvoldoende helder is, is de volgende:

- Opdrachtgever en zzp’er concluderen op basis van de Zelfstandigenwet dat de zzp’er daadwerkelijk zelfstandig werkt. Vervolgens toetst bijvoorbeeld een rechter of belastinginspecteur via de klassieke toets (dat staat hen vrij, zo lijkt ons) en komt tot een ander oordeel. Wat gebeurt er dan?

Pijnpunten voor de zorgsector

De heersende opvatting vorig jaar was dat zelfstandig werken met de Zelfstandigenwet eenvoudiger (te beoordelen) werd. De nadere uitwerking biedt nu een ander beeld, getuige veel geluiden in de media. Tot 29 oktober stond een internetconsultatie open, waarop meer dan duizend reacties binnenkwamen. Veel reacties waren bijzonder kritisch: het aandoen van Aartsens ‘veilige haven’ blijkt helemaal niet zo eenvoudig. Een aantal voor de zorgsector relevante voorbeelden illustreert dit:

- het moeten voldoen aan béide toetsen en álle criteria daarvan (bij de ‘holistische toets’ kun je een ‘lage score’ op het ene criterium nog compenseren bij een ander criterium);
- het moeten voldoen aan zorgprotocollen van de opdrachtgever (wordt al snel als problematisch gezien voor zelfstandigheid);
- het werken tegen een uurtarief (dat men in de mondzorg vaak op percentagebasis werkt, draagt dus juist wél bij aan het beeld van zelfstandigheid);
- de veronderstelde resultaatsverplichting bij zelfstandig werken (levert in de zorgsector al snel discussie op: gezondheidsrecht gaat immers uit van een inspanningsverplichting);
- en: volledig concreet zijn de criteria van de werkrelatietoets niet (ondanks de goede bedoeling resteren nog steeds deels open normen).

‘Veilige haven’ lastig aan te doen

Of het écht veel duidelijker wordt (het hoofddoel van de Zelfstandigenwet), is dus nog maar zeer de vraag. Uiteindelijk zijn niet alle lijnen even scherp getrokken. Tel daarbij op de zorgspecifieke pijnpunten en het tegelijk moeten voldoen aan álle zeven ‘vinkjes’. De conclusie is dan dat het aandoen van Aartsens ‘veilige haven’ zelfs voor de beste stuurlui in de zorg geen sinecure zal blijken. En ja, er kan worden teruggevallen op de klassieke toets. Maar wat voegt de beoogde nieuwe wet dan toe?

Hoe verder met het wetsvoorstel?

Met de internetconsultatie is in oktober feedback opgehaald op het voorliggende wetsvoorstel. Vanuit VvAA spraken we daarnaast mee tijdens een stakeholdersessie voor de zorgsector in Den Haag. Nog dit jaar wil het kabinet (een volgende versie van) de Zelfstandigenwet voorleggen aan de Raad van State. Vervolgens staat 2027 op de routeplanner om het parlement mee te krijgen, waarna het voorstel op 1 januari 2028 als wet in werking moet treden.

Hoe vandaag verder in de praktijk?

Wat betekent dit voor een opdrachtgever of een opdrachtnemer, vandaag en morgen? Nog niet veel, is het korte antwoord. De handhaving van de Belastingdienst is op 1 januari 2025 opgepakt en zolang de Zelfstandigenwet nog niet is ingevoerd, geldt daarvoor het huidige regime. Dus: de beschrijving van de arbeidsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek (de holistische toets op basis van arbeid, loon en gezag). Een zeer open norm, ingekleurd door jurisprudentie, waarbij in recente handhaving en rechtspraak steeds de Deliveroo-uitspraak van de Hoge Raad de norm blijkt.[2,5]

We blijven u via *Dental Tribune* op de hoogte houden van het zzp-thema. ■

Drs. ing. Erik M. van Dam is senior consultant kennismanagement en onderzoeker bij VvAA. Menno Rolloos RB MFP is partner en belastingadviseur bij van Helder. Voor vragen, opmerkingen of tips kun je mailen naar erik.van.dam@vvaa.nl of menno.rolloos@van-helder.nl.

Noten

1. Internetconsultatie.nl/verduidelijkingzelfstandigenwet
2. Dental Tribune, nr. 3, 2026 (p. 8)
3. Dental Tribune, nr. 3, 2025 (p. 10-11)
4. 7:610 BW, lid 1
5. ECLI:NL:HR2023:443
6. Internetconsultatie.nl/zelfstandigenwet



Figuur 1

De ‘zeven vinkjes’ van de Zelfstandigenwet

De Zelfstandigenwet bestaat uit twee toetsen die samen bepalen of iemand in een arbeidsrelatie als zelfstandige kan werken.

De zelfstandigentoets

Deze eerste toets bekijkt de persoon van de werkende. Dan gaat het over haar of zijn ondernemerschap in meer algemene zin. De hieraan verbonden criteria zijn:

1. drie opdrachtgevers of meer;
2. voldoende voorzieningen voor risico’s;
3. basisvoorwaarden zijn op orde.

De werkrelatietoets

Deze tweede toets beoordeelt de specifieke arbeidsrelatie op het ontbreken van gezag. De hieraan verbonden criteria zijn:

4. wil partijen om buiten dienstverband te werken;
5. vrijheid van werkende om het werk te organiseren;
6. vrijheid van werkende om werktijden en -plek te bepalen;
7. werkende werkt voor eigen rekening en risico.

Figuur 1 biedt een korte toelichting op deze criteria. De concept-memorie van toelichting1 bij het wetsvoorstel zelf biedt een veel uitgebreidere beschrijving.

Alle zeven vinkjes nodig

Om zelfstandigheid vast te stellen, moet je aan beide toetsen voldoen en dus aan álle daaraan verbonden criteria. Ofwel: zeven vinkjes zetten. Ontbreekt een vinkje? Dan is er meteen géén sprake van zelfstandigheid op basis van de Zelfstandigenwet. Partijen vallen dan terug op de ‘klassieke toets’. Die blijft namelijk gewoon overeind.

TANDARTS OVER DE GRENS

“Nos ta bin pa keda: wij zijn hier gekomen om te blijven”

Van de Nederlandse tandartsen komt bijna een kwart uit het buitenland. Maar andersom komt ook voor: Nederlandse tandartsen die in het buitenland werken. Hoe ervaren zij het werk daar? Wat zijn de verschillen? Dit keer vertellen tandartsen Frederique Holtbach en Ellis Scheerder over hun werk op Bonaire, waar ze in januari 2026 samen in een nieuwe praktijk zijn gestart.

TEKST: SUZANNE LOOHUIS

Hoe zijn jullie op Bonaire terechtgekomen?

Frederique: “Ellis wilde in 2019 een paar maanden naar het buitenland, kon waarnemen en is hier gebleven voor de liefde. Ik was op dat moment bezig met het laatste jaar van mijn studie. Het familiebedrijf van mijn vriend ging uitbreiden naar Bonaire. Dat leek me een mooie kans om te werken in het buitenland. Ik nam contact op met Ellis, die ik kende als docent Kindertandheelkunde bij ACTA. Zij belde een halfjaar later terug met de vraag of ik haar tijdens haar zwangerschapsverlof wilde vervangen.”

Vond je het spannend om zo vroeg in je carrière naar het buitenland te vertrekken?

Frederique: “Ja, zeker. Ik wist nog niet hoe het zou lopen en de eerste periode na je afstuderen is natuurlijk heel belangrijk voor je ontwikkeling. Daarnaast is werkervaring nodig voordat je in het buitenland aan de slag kunt gaan. Daarom wilde ik eerst minimaal een jaar in Nederland werken. Achteraf gezien is gebleken dat er in het werk hier op Bonaire veel meer uitdagingen zijn en daarmee ook veel te leren en ook weer veel te bieden valt.”

> “Net als de andere tandartspraktijken op het eiland zijn we bezig met het implementeren van de preventiemethode Gewoon Gaaf!”

Kunnen jullie dat uitleggen?

Ellis: “Op een eiland met ongeveer 25.000 inwoners zijn de verwijsmogelijkheden natuurlijk beperkt. We hebben hier geen vaste endodontoloog of parodontoloog en ook de kaakchirurg is maar een aantal weken per jaar aanwezig. Daarom moet je als tandarts veel behandelingen zelf uitvoeren. Ons vak is hier dus ontzettend breed.”

Frederique: “Voor kinderen tot 18 jaar is de mondzorg gratis, maar voor volwassenen bestaat er geen aanvullende tandartsverzekering. Daardoor komen mensen helaas vaak pas met klachten, en is de zorg die dan nodig is, uitgebreider.

Jullie zijn sinds januari 2026 in een nieuwe praktijk gestart. Hoe is dat gegaan?

Frederique: “We hadden het naar onze zin op onze eerdere werkplek, maar door de bevolkingsgroei op Bonaire, ontstond er een kans om een nieuwe nulpraktijk te starten. Omdat we beiden een toekomst hebben op Bonaire en bij willen dragen aan uitbreiding en de toekomst van de lokale gezondheidszorg, hebben we de stap gewaagd en is Coral Dental Bonaire ontstaan.

> “Je moet wel rekening houden met de hitte, maar de work-life balance is hier goed geregeld”

In week één hadden we al 300 inschrijvingen en inmiddels, na tien maanden, is de praktijk gegroeid naar ongeveer 1900 patiënten. Aan marketing doen we nauwelijks, hier hebben wij bewust voor gekozen. De goed zichtbare praktijklocatie en mond-tot-mondreclame blijken voldoende.

We werken volgens de Nederlandse richtlijnen en bieden brede tandheelkunde. De inspectie bezoekt alle tandartspraktijken op het eiland regelmatig om de kwaliteit van de zorg te bewaken. In feite komt onze hele praktijk uit Nederland: van de stoelen tot de NZa-tarieven.”



FOTO: CORAL DENTAL BONAIRE

Frederique Holtbach.



FOTO: CORAL DENTAL BONAIRE

Ellis Scheerder.

Hoe verloopt de communicatie met jullie patiënten?

Frederique: “Meertaligheid is vanzelfsprekend op Bonaire, we switchen tussen Nederlands, Engels, Papiaments en Spaans. De lokale taal, Papiaments hebben we in de praktijk geleerd. Binnen de taal wordt bijvoorbeeld een pijnklacht uitgedrukt in weinig woorden. Dat heeft ons geleerd hier anders naar te vragen: patiënten beschrijven klachten vaak kort en direct, dus wij vragen gericht door.

Ellis: “Verder hebben patiënten veel vertrouwen in ons en willen soms dat we voor hen beslissen: ‘U bent de dokter, toch?’ We werken aan *shared decision making*, want we vinden het belangrijk om patiënten in te lichten over alle mogelijkheden en samen een beslissing te nemen. Ook is men hier dankbaar voor wat er wel is op het eiland. Patiënten zijn begripvol als iets niet meteen kan, bijvoorbeeld omdat materialen ingevlogen moeten worden.”

Hoe staat het met preventie op Bonaire?

Frederique: "Een belangrijk aandachtspunt is de mondgezondheid van kinderen. Suikerhoudende drankjes zijn hier heel gewoon, en halfjaarlijkse controles of überhaupt een tandartsbezoek zijn nog niet voor ieder gezin vanzelfsprekend. Daardoor zien we veel gebitsproblemen bij kindjes. We zijn daarom net als de andere tandartspraktijken op het eiland bezig met het implementeren van de preventiemethode Gewoon Gaaf.”

Hoe ervaren jullie het leven op Bonaire buiten de behandelkamer?

Frederique: “Er is geen centrale spoeddienst op het eiland en bij spoed gaan we naar de praktijk. Maar verder is het hier buiten de behandelkamer in principe vakantie. Het is altijd goed weer en elke avond kun je de zon zien ondergaan in de zee. Je kunt naar het strand en watersporten in een helderblauwe zee. Omdat het eiland zo klein is, is bovendien alles dichtbij. Dus je zit nooit lang in de auto, ook dat is heel prettig.”

Ellis: “Je moet wel rekening houden met de hitte, maar de work-life balance is hier goed geregeld.”

Frederique: “Zoals het Antilliaanse gezegde luidt: Nos ta bin pa keda, we zijn hier gekomen om te blijven.” ■

Column
Nurcan Yilmaz



Anno 2026: de wachtkamer mag anders

Onlangs zat ik in de wachtkamer van de huisarts. Een apart hokje, met een deur naar de gang en een deur naar de spreekkamers. Een rij stoeltjes die je in bijna elke praktijk tegenkomt: functioneel, aan elkaar vast, totaal niet huiselijk. Uit een speakertje schalde een veel te hippe radiozender, met een dj die vond dat het tijd was voor een feestje.

Ik was er niet voor iets leuks. Ik was onrustig, een beetje zenuwachtig, zoals de meeste mensen die daar zitten. En die tetterende stem werkte me mega op de zenuwen. Ik voelde me opgesloten. Niet als patiënt, maar als iemand die even geparkeerd werd. Het zette me aan het denken. Want hoe vaak komt een patiënt bij ons wél voor iets leuks?

Ongeveer een kwart van de Nederlanders kent een zekere angst voor de tandarts. Zwitsers onderzoek onder vaste mondhygiënepatiënten liet zien dat ongeveer een derde vlak voor de behandeling flink gespannen is. Mensen die al jaren komen. Die glimlachen bij de balie. Deze spanning neemt iedereen mee naar binnen. De vraag is wat de ruimte ermee doet.

Toen ik mijn kliniek bouwde, wilde ik het tegenovergestelde van dat hokje. Ruimte. Daglicht dat door hoge fabrieksramen naar binnen valt. Oude, ruwe baksteen naast zachte, ronde wanden. Een eikenhouten visgraatvloer, warme fauteuils, een lange houten tafel met boeken om in te bladeren. Een tak met bessen in een vaas, kunst aan de muur. Het moet voelen als binnenkomen, niet als wachten.

En je hoort er piano. Modern klassiek, rustig, zonder tekst. In de wachtkamer én in de behandelkamers. Dat is geen kwestie van smaak. Onderzoek van de Universiteit Zürich liet zien dat patiënten die voor hun afspraak naar muziek luisterden, daarna aantoonbaar minder angstig waren. Een meta-analyse uit 2024 bevestigt dat muziek angst en stress voor een tandheelkundige behandeling vermindert, bij kinderen én volwassenen. Klassieke en rustige instrumentale muziek laten de sterkste effecten zien. Tegelijk waarschuwen onderzoekers dat een verkeerde keuze bij gevoelige patiënten averechts kan werken. Muziek is dus geen behang. Het is een instrument. Daarom geen radio. Geen dj, geen reclame, geen nieuws over de zoveelste crisis. Wel een rustig ritme waar je adem vanzelf op aansluit.

Ik zie het terug in de stoel. Schouders die sneller zakken. Handen die de armleuning loslaten. Patiënten die zeggen: “Wat is het hier rustig.” Ze bedoelen niet dat het stil is. Ze bedoelen dat zíj rustig zijn.

Toeval? Ik denk het niet.

Anno 2026 weten we hoe zwaar een eerste indruk weegt. Toch richten we wachtkamers vaak nog in alsof ze er alleen zijn om tijd te overbruggen. Laten we dat veranderen. De behandeling begint niet in de stoel. Die begint bij de voordeur. ■

“Help buitenlandse tandartsen met hun integratie”

Uit eigen ervaring weet Letitia Raiciu hoe ingewikkeld het kan zijn om als buitenlandse tandarts in Nederland aan het werk te gaan. Haar oproep: investeer tijd en geld in speciale inwerkprogramma’s in de praktijk. Op die manier kunnen buitenlandse tandartsen duurzaam en met plezier werken – ook belangrijk om het tandartstekort op te lossen.

TEKST: LETITIA RAICIU


FOTO: ADOBE STOCK

Nederland kampt al jaren met een hardnekkig tandartstekort, waardoor buitenlandse tandartsen inmiddels 24 procent van de beroepsbevolking uitmaken. Hoewel recruitmentbedrijven hen intensief klaarstomen, volgt er geen specifieke begeleiding binnen de praktijk zodra zij een contract tekenen. Het is een hardnekkige misvatting dat je als ervaren tandarts direct vlekkeloos mee kan draaien binnen een tandartspraktijk, aangezien je tegen gigantische administratieve en sociaal-culturele barrières aanloopt.

Dit is echter niet alleen een probleem voor de tandarts zelf, die het risico loopt mentaal vast te lopen, maar ook voor de kliniek die kampt met kapitaalvernietiging, en de patiënt die de dupe wordt van kwaliteitsverlies. Ik pleit daarom voor structurele ondersteuning vanuit het management: praktijkmanagers moeten voortaan de regie nemen om deze onmisbare krachten effectief te laten integreren, samen met hun chef de clinique of hoofdtandarts.

Sociaal-culturele belasting

Ten eerste is de sociaal-culturele belasting voor migrerende tandartsen aanzienlijk, volgens mijn eigen ervaring van 4 jaar geleden. Velen moeten in hun thuisland een eigen carrière achterlaten, inclusief kostbare specialisaties of differentiaties die hier niet direct worden erkend. Vervolgens, om hier te kunnen werken en integreren, betalen ze meestal aan recruitmentbedrijven jarenlang een soort rente van de initiele investering en extra managementkosten en boekhouderkosten, die geen enkele Nederlandse tandarts-zzp’er betaalt.

Eenmaal op de werkvloer halen zij alles uit de kast om een vertrouwensband met de patiënt op te bouwen. Dit is cruciaal, aangezien het motiveren van patiënten een basistaak is; het volledig mijden van periodieke controles is immers fnuikend voor de algehele gezondheid. Toch zijn veel Nederlandse patiënten huiverig om naar de praktijk te komen. Daarom is de taalkennis een must om met patiënten goed te kunnen communiceren. En in een vreemde taal spreken over tandheelkunde is geen kinderspel. Velen doen tegenwoordig enorme inspanningen om de taal in 4 tot 6 maanden tijd te leren, van nul tot niveau B2+.

Omdat naar schatting 40 procent van de Nederlandse patiënten vreest voor de pijn, reageren ze extra sensitief. Een onverwachte wisseling van behandelaar leidt vaak tot argwaan. In plaats van de nieuwe tandarts het voordeel van de twijfel te geven, reageren sommigen met een botte opmerking over hun "onuitspreekbare naam". Dit onbeleefde gedrag wordt vaak gerechtvaardigd door een verborgen frustratie of een diepgewortelde angst, die door middel van asociale uitingen op de arts wordt geprojecteerd. Kalm, respectvol en aardig blijven is verreweg de beste manier om dergelijk gedrag aan te pakken - ook de moeilijkste in dit geval.

Ander zorgsysteem

Ten tweede verschilt het Nederlandse zorgsysteem fundamenteel van dat in het buitenland. Aan de hand van protocollen moeten tandartsen snel leren werken met software zoals Exquise en het zorgverzekeringssysteem via Infomedics begrijpen. Het verzekeringsstelsel en de functionaliteit ervan bestaan in andere landen ook helemaal niet.

In vergelijking met landen zoals Roemenië, waar tandartsen breed zijn opgeleid, kent Nederland veel algemene tandartsen die patiënten juist snel doorverwijzen. Desondanks mag de tandarts niet afwijken van de Nederlandse grote ketenplanningen, waarbij spoedgevallen in tien minuten afgehandeld moeten worden. Dit regime kan risico's en stress opleveren voor de communicatiekwaliteit en mentale gezondheid, aangezien ingewikkelde gesprekken over vergoedingen veel tijd kosten. Alles moet ook duidelijk in de kaart genoteerd worden. Tandartspraktijken bieden momenteel nauwelijks ruimte om hierin water bij de wijn te doen.

Inwerkprogramma’s

Kortom, de integratie is een ingewikkelde opgave waarin cultuur, taal en administratie samenkomen. Het feit dat sommige buitenlandse tandartsen na een paar jaar gedesillusioneerd en depressief terugkeren naar hun geboorteland, bewijst dat we hen vooralsnog onvoldoende helpen.

Hoewel externe recruitmentbureaus de basis leggen, ligt de beste, definitieve oplossing op de werkvloer zelf, omdat alleen daar de dagelijkse werkdruk kan worden opgevangen. Als praktijkmanagers slim zijn, investeren zij tijd en geld in speciale inwerkprogramma's. Dat laat onverlet dat deze professionals een gouden kans bieden om het zorgtekort duurzaam op te lossen. ■

Over de auteur
Letitia Raiciu studeerde Tandheelkunde aan de Carol Davilla Universiteit in Boekarest. Ze werkte zestien jaar als tandarts en praktijkmanager in verschillende praktijken in Boekarest. Sinds 2022 werkt ze bij Gezonde Mooie Tanden (tegenwoordig Dental Clinics) in Breda.

Liebling, wir haben geerbt! (2007)

geregisseerd door Matthias Tiefenbacher

Tijdens het jaarlijkse feest van haar liefdadigheidsstichting maakt oudtante Käthe bekend het bestuur van deze stichting én haar imposante villa over te dragen aan haar achternicht Hannah en haar man. Vrijwel op hetzelfde moment komt Hannah erachter dat haar man Martin, een orthodontist, vreemdgaat met zijn assistente Annika. Hannah zegt tegen haar oudtante dat ze het aanbod niet kan aannemen en roept dat ze wil scheiden.

TEKST: HENK BRAND


FOTO: PRIVÉ-ARCHIEF HENK BRAND

Martin moet noodgedwongen de nacht doorbrengen in zijn praktijk. Hij slaagt er niet in het opklapbed in elkaar te zetten. De volgende ochtend treft Annika hem aan op een matras op de grond en gaat naast hem liggen. Martin kijkt naar haar beugel en zegt: “De 2 rechtsboven beweegt langzaam.” Pas daarna vertelt hij: “Ik heb mijn vrouw verlaten. Het ging niet meer. Als ik bij haar ben, denk ik aan jou. Dat is niet fair.” Annika reageert verrast, maar betwijfelt of zij deze verantwoordelijkheid wel aankan.

Martin gaat bij Hannah op bezoek, omdat ze niet op zijn telefoontjes reageert. Hij heeft chocolade meegenomen, biedt zijn excuses aan en zegt dat zo’n kleine affaire nu eenmaal kan gebeuren. Vervolgens wijst hij erop dat een scheiding enorm veel geld kost. Nu wordt Hannah furieus: “Zelfs in deze situatie denk je alleen aan geld. Eruit!” Even later arriveert Martin met zijn koffer bij het piepkleine appartement van Annika. Die zegt: “Je hebt heel veel voor mij opgegeven. Je huis, je familie, alles. Vanaf nu zijn wij een stel.” Annika verplicht Martin meteen tot een rigoureus gezondheidsprogramma: hardlopen, fietsen en groene thee om te ontgiften. Tante Käthe komt bij Hannah vragen wat er nu precies aan de hand is. Hannah houdt een warrig betoog dat het eigenlijk erg goed gaat tussen Martin en haar. Ze weet dat haar aan tradities gehechte oudtante stabiliteit in het huwelijk boven alles stelt en het familiebezit nooit zou toevertrouwen aan een gescheiden vrouw. Hannah gaat daarom bij Martin in zijn praktijk op bezoek en vertelt hem wat zij wil: een overeenkomst met een scheiding van tafel en bed, waarbij ze samen in de villa gaan wonen en tegenover tante Käthe uiterlijk het gelukkige echtpaar blijven. Martin gaat akkoord.

Op de dag van de verhuizing arriveert Martin bij de villa. Hannah houdt hem een contract onder zijn neus en legt uit dat de rechtbank eist dat een scheiding van tafel en bed contractueel wordt vastgelegd. Vanaf nu verdeelt een onzichtbare grens de villa in tweeën. Het bed wordt door midden gezaagd, en middels papiertjes in de koelkast en op kasten wordt duidelijk gemaakt wat van wie is.

Na een poosje kondigt tante Käthe aan dat zij komt logeren. Dochter Lola, die Hannah niet kan bereiken, belt in paniek haar vader om te zeggen dat hij direct naar huis moet komen. Martin is op dat moment bij een patiënte een afdruk aan het nemen en zegt tegen Annika dat zij de afdruklepel vast moet houden: “Ik ben zo terug.” Door de stromende regen gaat Martin op zijn racefiets naar de villa en samen met Lola haalt hij als een bezetene alle briefjes over de interne verdeling weg. Zijn helft van het bed wordt teruggezet in de gezamenlijke slaapkamer.

Als Käthe is gearriveerd en een rondleiding krijgt door de villa, gaat de bel. Lola doet open en daar staat Annika. “Ik ben de nieuwe vrouw van je vader.” Als Annika vraagt waar Martin is, zegt Lola: “Boven, in de ouderslaapkamer.” Martin komt de trap af en is onaangenaam verrast. Annika zegt pinnig: “Ouderslaapkamer, is je vrouw daar ook?” Martin ontkent, maar van boven roept een vrouwenstem: “Martin!” Dat is de stem van tante Käthe, maar Annika denkt dat het Hannah is en vlucht met Martin de bezemkast in. “Jij bedriegt mij met je vrouw! Je bent helemaal niet gescheiden van je ex-vrouw!”. Dan arriveert Hannah. Tante Käthe vraagt wie Annika is en wat zij met Martin in de bezemkast doet. Hannah zegt dat ze een nieuwe schoonmaakster zoekt, maar dat ze helaas niet aan Martin heeft doorgegeven al iemand anders gevonden te hebben. Hannah frommelt Annika een bankbiljet in haar handen voor de onkosten. “Tot ziens.” Annika is furieus en zegt tegen Martin: “Ik meld mij per direct ziek. Ik neem ontslag. Je zoekt maar uit hoe je het zonder mij redt. En bel me niet meer op. Ik wil je nooit meer zien.”

Als Martin op een avond laat in zijn praktijk moeizaam patiëntengegevens zit in te voeren in de computer, verschijnt Annika. Martin is verbaasd: “Had je niet gezegd dat je me niet meer wilde zien?” Annika vertelt dat ze naar een zelfhulpgroep is geweest. “Ik heb onze relatie geen kans gegeven zich te ontwikkelen. Ik wil altijd alles meteen. Ik ben egoïstisch geweest en heb alleen aan mijn eigen geluk gedacht.” Martin zegt dat Annika nooit egoïstisch is geweest en dat hij thuis wordt verwacht. Annika gaat achter de computer zitten en zegt dat ze het werk snel zal afmaken.

Tante Käthe vindt toch een van de briefjes in de villa, en vraagt wat dat te betekenen heeft. Hannah en Martin beweren dat het een heel oud briefje is, om hen er voortdurend aan te herinneren aan hun huwelijk te blijven werken. Op de ochtend dat tante Käthe weer naar haar huis zal gaan, arriveert Annika. Zij wil van Hannah weten of ze nu wel of niet van Martin is gescheiden. Hannah kan niet anders dan tegen tante Käthe zeggen dat Martin en zij uit elkaar zijn en dat Annika Martins geliefde is. Tante Käthe zegt: “Zij was zijn geliefde. Hij heeft de affaire allang beëindigd.” Dan blijkt dat ze hen allang doorhad en de komedie heeft meegespeeld. Ze vraagt Hannah om niet zomaar 25 jaar huwelijk op te geven.

Een jaar later staan Martin en Hannah samen met hun advocaten voor de rechtbank om hun scheiding van tafel en bed in een definitieve scheiding te laten omzetten. Martin zegt dat Hannah de scheiding kan krijgen die zij wil, ook al wijst zijn advocaat hem erop dat dit tonnen gaat kosten. Hannah is verrast. Zij had verwacht dat Martin niet akkoord zou gaan. Terwijl hun advocaten staan te ruziën over deze ontwikkeling, sluipen Hannah en Martin samen de rechtszaal uit. Martin vraagt wat Hannah eigenlijk wil. Hannah vertelt dat ze nu weliswaar als architect werkt, succes heeft en haar eigen weg heeft gevonden, maar Martin mist. Ze komen er dus achter dat ze allebei de scheiding niet willen en lopen samen de rechtbank uit. Op het volgende jaarlijkse feest van de stichting geeft Martin Hannah een nieuwe trouwring.

Liebling, wir haben geerbt! is te zien op YouTube. ■

VANUIT DE STOEL

Lútzen van den Dobbelsteen

Een heel bataljon paracetamol en ibuprofen kreeg ik mee naar huis

Het traject dat ik binnen de mondzorg heb doorlopen, verdeel ik in drie fases Fase 1: mijn melktanden wilden er niet uit. Dat begon rond mijn twaalfde de ontwikkeling van een volwassen gebit en het krijgen van een beugel in de weg te staan. Voor de uiteindelijke afspraak om in één keer zeven tanden te trekken – het werden er zelfs negen – was ik best zenuwachtig. Goed verdoofd voel je er eigenlijk niks van. Maar een vreemde ervaring is het wel om daarna rond te lopen met een mond met heel veel gaten.

Dat daarna de orthodontist in beeld kwam, was al voorzien. Bovendien, bijna elke puber ging een tijdje naar de ortho. Alleen, bij mij duurde het traject wel erg lang, zeker vier jaar. Ik ging braaf naar alle controleafspraken, maar kreeg dan vaak op mijn kop dat ik m'n elastiekjes niet consequent zou dragen. Dus toen ben ik vier elastiekjes over elkaar gaan dragen, wat eigenlijk helemaal niet mocht…

Thuis vonden ze het ook wel lang duren. Bij andere kinderen zag ik ouders wel eens meegaan, dus dat heeft mijn moeder toen ook een keer gedaan. Het is op z'n minst nogal bijzonder, dat toen opeens het besluit viel maar eens langs een kaakchirurg te gaan. Die deed een aantal metingen en stelde toen de diagnose die daarvóór nooit in beeld was geweest. Het onderliggende probleem zat niet op tand-, maar op kaakniveau gezeten. Ik vertoonde links mandibulaire hyperplasie tegenover rechts hypoplasie, oftewel een zeer asymmetrische groei van de onderkaak. Mogelijk wordt dat pas echt goed zichtbaar als je als puber een groeispurt doormaakt. Maar dat deze mogelijkheid na vier jaar niet bij de orthodontist was opgekomen, vond ik toch wel teleurstellend. Nog geen maand later ging de beugel eruit.

Wel of geen operatie?

Fase 2: vóór een behandelplan moet de kaak zijn uitgegroeid. Met nieuwe metingen een jaar na de diagnose bleek dit het geval. De kaakchirurg was er nogal op gebrand dat ik hier operatief iets aan zou laten doen. Er is vrij stevig op me ingepraat. Inclusief de boodschap dat de mensen die het niet direct laten doen, rond hun dertigste alsnog terugkomen voor een chirurgische ingreep en dat hun herstel dan duidelijk langer duurt. Maar ik was achttien, had net een beugeltraject van vier jaar achter de rug, stond op het punt om naar de universiteit te gaan, met een deel van mijn studie gepland in het buitenland. Inmiddels begreep ik ook dat het om een forse, flink invasieve ingreep zou gaan. Dus ondanks aandringen was het voor mij duidelijk: dat gaan we niet doen.

Cosmetisch aspect

Fase 3 begint jaren later, bij de overgang naar een nieuwe tandarts, een bekende van de familie. Ik ben inmiddels zesentwintig. Zij vertelde me heel eerlijk dat ze behoorlijk schrok van de asymmetrie en raadde me aan toch nog eens over een ingreep na te denken. Het cosmetische aspect begon voor mij zwaarder te wegen. Ik vermeed bijvoorbeeld op foto's mijn tanden te laten zien. En hoewel vrienden soms zeiden dat het meeviel, zag ik mijn onderkaak toch scheef staan: niet mooi horizontaal en de middellijn van mijn onder- en boventanden stond ruim anderhalve tand uit elkaar.

> Slikken is heel lastig als je 'eet-drinkt' met zo'n babytuitje

Ik had inmiddels een vast contract en een stabiel dak boven mijn hoofd. Ik besloot erop in te gaan en werd verwezen naar een kaakchirurg in het AMC.

Zij maakte de balans op en was heel duidelijk: op bejaarde leeftijd is er een kans op complicaties, maar de ingreep is niet absoluut noodzakelijk. Ze kon uit het dossier opmaken dat er voorheen veel druk op me was uitgeoefend en benadrukte dat ik dit alleen vanuit eigen motivatie moest aangaan. Een zo onaangenaam traject wordt vanuit alleen externe motivatie nog zwaarder en ongemakkelijker. Ze liet me een filmpje van het operatieve traject zien en zag me geleidelijk wit wegtrekken. Ik had geen partner op dat moment en realiseerde me dat deze langdurige onderneming mijn sexappeal niet bepaald zou verhogen; ik zou wederom jaren aan de beugel moeten. Maar ik bedacht ook dat een goede relatie daar niet op vast zou moeten lopen. Juist in die tijd ontmoette ik mijn huidige vriend. En ik ben het traject aangegaan.

> Op foto's vermeed ik altijd mijn tanden te laten zien



FOTO: LUTZEN VAN DEN DOBBELSTEEN

Wat complexer

En zo ging de beugel er weer in. Het is een samenwerkingstraject tussen orthodontist en MKA-chirurg. Bar is wel dat je pas op de wachtlijst voor de operatie mag als de MKA-chirurg heeft vastgesteld dat je er klaar voor bent. Die wachtlijst duurt een jaar! Toen het dan eindelijk ging gebeuren, kreeg ik te horen dat de operatie bij mij nog wat complexer zou zijn dan standaard. Mijn bovenkaak werd niet alleen horizontaal doorgezaagd, maar ook nog eens op twee plaatsen verticaal, zodat ze meer manipulatieruimte zouden hebben. Daarmee zou ik ook één heel breed titanium implantaat krijgen, in plaats van twee kleintjes. Affijn, ik werd een interessante casus.

Toen ik wakker werd uit de narcose had ik enorme behoefte om te landen. Dat lukte toen ik de hand van een verpleegkundige kon vasthouden. Van opluchting liet ik een traan. Ik herinner me dat een assistent-chirurg vóór de operatie nogal zelfverzekerd overkwam. Na de operatie zag hij er wat verslagen uit. Mijn interpretatie: hij had echt iets meegemaakt en realiseerde zich dat hij nog veel te leren had. Maar de kaakchirurg zelf zei dat het allemaal goed was gegaan: "Al was het wel een flinke puzzel."

Ik moest de napijn een cijfer geven. Tot mijn grote opluchting kreeg ik bij 4 al een morfineprik. Van de standaard twee nachten blijven kon er bij mij één af: ik kreeg een bataljon ibuprofen en paracetamol mee naar huis, plus oxicodon als het te heftig werd. Daar heb ik er slechts één van hoeven gebruiken. Maar slikken is heel lastig, je 'eet-drinkt' met zo'n babytuitje. En tandenpoetsen gebeurt die eerste weken alleen door de mondhygiënist als je voor controle naar het ziekenhuis gaat.

Leren lachen

Ik ben heel blij met het resultaat. Ook omdat het goedmaakt wat deels voelt als vier verloren investeringsjaren. Ook mijn vrienden die het probleem eerder bagatelliseerden, complimenteren me met het verschil. Ik ben aan het leren weer te lachen met mijn tanden. Met het gevoel dat ik mijn lippen overdreven optrek en aanspan. Maar dat is blijkbaar hoe iedereen dat normaal doet. Dus dat gaat me lukken. ■

Column
Casper P. Bots



Wat is goede tandheelkunde waard?

Regelmatig stap ik op donderdagochtend in het vliegtuig naar Liverpool. Anderhalf uur later ben ik nog steeds dezelfde tandarts. De behandelstoel is hetzelfde, de instrumenten zijn hetzelfde en ook cariës gedraagt zich in Engeland niet anders dan bij mijn patiënten in Bunschoten. Ook moet een kroon daar gewoon goed en netjes passen. Dezelfde tandheelkunde, en toch voelt mijn vak er volledig anders.

Een van de grote verschillen met Nederland? In de praktijk van Dr. Rez Dental zijn de tarieven vrij. De praktijk bepaalt zelf wat iets kost. Dat lijkt misschien de droom van iedere tandarts in Nederland. Geen NZa die bepaalt wat een kroon, controle of vulling maximaal mag kosten of zorgverzekeraar die als het ware de efficiëntiepan leeg schraapt.

Inderdaad, maar ik heb ontdekt dat die vrijheid ook iets anders doet. Het betekent namelijk dat je veel beter moet uitleggen welke waarde je als tandarts levert. Want als een patiënt duizenden ponden investeert in zijn gebit, kom je niet weg met een kort onderzoek en de conclusie: je hebt drie kronen, twee vullingen en een implantaat nodig.

De patiënt wil namelijk helemaal geen implantaat. Hij of zij wil weer kunnen eten zonder na te denken. Niet elk jaar opnieuw horen dat er weer iets stuk is. Het eigen gebit behouden en weer vrijuit kunnen lachen en eten. Daarmee wordt onze rol interessant.

In Nederland zijn we zeer goed in verrichtingen. Bij vrijwel alles wat we doen, hoort een code en bij die code hoort een bedrag. Bij iedereen hetzelfde. Handig en transparant. Maar het gevaar is dat we onszelf vooral als uitvoerders van die verrichtingen gaan zien. Tand voor tand, probleem voor probleem, jaar in, jaar uit. Terwijl onze echte waarde als tandarts misschien ergens anders ligt.

Wat als we een patiënt eerst eens laten zien waar hij nu staat? Wat we zien en welke risico's er zijn? En in een gesprek van hart tot hart achterhalen wat echt belangrijk is voor deze patiënt, en hoe de mond er over vijf of tien jaar uit kan zien. Dan verandert het gesprek. En daarmee ook onze rol. Als tandarts ben jij niet degene die vertelt dat er een kroon gemaakt moet worden, maar iemand die naast de patiënt staat en samen een bestemming bepaalt. Die overzicht creëert, mogelijkheden laat zien en helpt om bewuste keuzes te maken. Eigenlijk als een soort reisleider van de mond.

Dat vraagt nieuwsgierigheid en met interesse luisteren. Aangevuld met goede diagnostiek en fotografie. Alle bijzonderheden aan de patiënt laten zien en vooruitdenken. En soms ook even niet behandelen, of 'met de handen op de rug' afwachten. Want een goed zorgplan is geen verkoopplan.

Misschien moeten we onszelf niet de vraag stellen: "Wat mag mijn behandeling kosten?", maar: "Wat kan ik als tandarts met mijn tandheelkunde betekenen in het leven van deze ene patiënt?" Dan begint misschien daar wel de mooiste versie van ons vak. Met de meeste voldoening en verbinding. ■

Vervolg van de voorpagina

lieren. Ze stuurde "heel veel mailtjes" naar praktijken met iets over huisbezoek op hun website, maar die vond ze niet in de regio Utrecht.
"Er lopen nu twee opties. Een tandarts uit Den Haag komt langs voor € 250,– cash. En een tandarts uit Limburg biedt aan langs te komen met de start van € 120,– voorrijkosten. Daar heb ik de nare bijgedachte bij dat hij mogelijk veel meer gaat doen dan nodig, omdat hij zo'n eind is komen rijden."

Lotgenoten

Hoe gaan lotgenoten hiermee om? Rumke heeft voor allerlei 'trucs' die haar leven iets dragelijker maken vooral contact binnen online community's van post-covid-lotgenoten. "Ik hoor dat sommigen van hen, die ook al jaren niet naar de tandarts zijn geweest, zichzelf overvragen, tóch maar gaan en daarbij de achteruitgang accepteren. Ook heb ik wel van mensen gehoord die bij de tandarts een herinfectie oplopen, als de tandarts het mondmasker bijvoorbeeld alleen onder de neus draagt. Met extra vatbaarheid voor virussen word je zo dus dubbel getroffen. Ik zou enorm geholpen zijn met een tandarts die mij, bijvoorbeeld één keer per jaar, thuis wil bezoeken."

Wazig op de tandartskruk

Nicoline van Elswijk (Utrecht, 53) heeft net haar latrelatie moeten loslaten. "Het energieniveau waarop ik nu moet functioneren eist te veel van ons beiden. Mijn post-covid blijkt eigenlijk niet te verenigen met een relatie. Ik heb alle aandacht voor mijn gezondheid nodig." Van Elswijk is tandarts. Ze ging in oktober 2020 volledig onderuit, maar symptomen die op covid wezen waren er al eerder: niet meer goed op de behandelkruk kunnen zitten, een vreemd gevoel in haar borstkas, soms wazig zien. Een jaar daarvóór had ze nog de marathon van New York gelopen – ze had de tickets voor Chicago al bijna in huis. "Maar als ik honderd meter ging wandelen, ging mijn hartslag al naar 180. Vanaf januari 2021 was wel duidelijk in welk hokje ik terecht was gekomen."
Van Elswijk noemt haar situatie 'huisgebonden'. Dat wil zeggen jezelf goed blijven verzorgen qua eten en drinken; één of maximaal twee keer in de week douchen, want dat vergt veel energie. En kijken of er nog iets van ruimte is om wat te lezen of een klein wandelingetje te maken. De rest van de tijd ligt ze op bank of bed: "Ik kan eigenlijk buitenshuis niet meer zo goed uit de voeten. Ik zit nu in het traject voor een scootmobiel. Ik ben in de loop der jaren steeds verder achteruitgegaan."

> "Tandartsbezoek vraagt veel van me, maar het staat heel hoog op mijn prioriteitenlijst"

Dunne lijntjes

Ze ging in 2025 nog naar een sportarts, om voor zichzelf duidelijk te hebben waar ze stond en dat ook met haar omgeving te kunnen communiceren. "Mensen pakken gauw je goede momenten eruit, in de hoop dat je dat kunt kopiëren. Maar mijn gevoel zegt me dat dat niet de realiteit is. Om onder een bepaalde hartslag te blijven, probeer je continu binnen heel dunne lijntjes te kleuren. In de hoop dat je lichaam ooit wat meer ruimte gaat krijgen. Lastig is ook dat het niet alleen over bewegen gaat. Ook lezen, tv kijken kost veel, net als het gesprek dat wij nu voeren."
Per 1 januari 2025 stopte de overheid met een aantal vergoedingen voor multidisciplinaire paramedische zorg, vanwege 'geen aantoonbaar effect'. Van Elswijk begrijpt dat in zoverre dat de groep heel gemêleerd is. "Niet iedereen heeft baat bij fysiotherapie. Wél bij bewegen. Het zou fijn zijn als iemand meedenkt hoe je dat kunt invullen." Want pijnlijk is dat ze eigenlijk nergens meer terecht kan. "Mijn huisarts vraagt mij wat ik denk dat ze nog zou kunnen betekenen. En dat geldt eigenlijk voor iedereen. Niemand vraagt door. Je moet zelf maar aankijken of je het alleen redt in huis. En of je nog ergens hulp kunt krijgen. Dat moet je allemaal zelf uitzoeken, terwijl je daar juist de energie niet voor hebt."

Onderzoek

Van Elswijk deed mee aan een onderzoek naar post-covidpatiënten in Amsterdam. Daarnaast staat ze al twee jaar op de wachtlijst voor een van de zeven expertisecentra, waar jaarlijks 1000 patiënten via loting worden aangenomen. Met de bezuinigingsplannen die minister Hermans (VWS) nu heeft aangekondigd, moeten die expertisecentra sluiten in 2027 of ten hoogste 2028. Daarbij stuit het terugleggen van de zorg naar de huisartsen op sterk verweer, omdat er nog nauwelijks solide richtlijnen zijn om Post-Acuut Infectieus Syndroom (PAIS)-patiënten goed te kunnen behandelen. "Huisartsen voelen zich niet comfortabel bij het voorschrijven van niet voor post-covid geregistreerde medicatie", meent Van Elswijk. "Al wordt er wel meer aan bijscholing gedaan op dit gebied. Huisartsen die heel geïnteresseerd zijn, bijvoorbeeld omdat ze PAIS-patiënten in hun praktijk hebben, krijgen meer verdiepingsmogelijkheden." Maar de bezuinigingsplannen zullen volgens Van Elswijk ook dramatische gevolgen hebben voor onderzoeken. "Ze moeten stoppen, kennis gaat verloren en onderzoekers zullen hun aandacht weer elders op vestigen. Stichting Long Covid is er nu ingesprongen om het onderzoek gaande te houden. Maar er is heel veel geld nodig – de stichting heeft steun nodig vanuit de overheid."

> "Je moet zelf uitzoeken of je nog ergens hulp kunt krijgen, terwijl je daar juist de energie niet voor hebt"

Eigen mondgezondheid

Haar eigen mondgezondheid heeft deze tandarts uiteraard hoog in het vaandel. Ze stokert en poetst twee tot drie keer per dag, al is dat steeds meer met de handtandenborstel, omdat ze het trillen en het geluid van de elektrische borstel niet goed meer verdraagt. Ook bezoekt ze de tandarts. "Doordat ik meer kleinere eet- en drinkmomenten heb dan vroeger en vaker last heb van een droge mond, zijn er wat meer risicofactoren voor mijn mondgezondheid. Tandartsbezoek vraagt veel van me, maar het staat heel hoog op mijn prioriteitenlijst. Maar er zal zeker een groep grotendeels bedlegerige post-covidpatiënten zijn, voor wie die beoordeling weer heel anders ligt."
Bij individuele huisbezoeken door de tandarts heeft Van Elswijk wel wat twijfels. Dat zou ten koste van de kwaliteit kunnen gaan, vanwege onvoldoende licht of middelen. "De gewone praktijk is niet toegerust op huisbezoeken. Voor de middelen en apparatuur die je nodig hebt, zou je dan voor huisbezoeken beter aan een rijdende tandartsbus kunnen denken. Bijvoorbeeld dus voor mensen die niet naar de tandarts kunnen omdat ze bedlegerig zijn. In minder ernstige gevallen kunnen in overleg met de tandarts kleine aanpassingen gedaan worden, zodat bezoeken minder intensief zijn. Het blijft vrees ik een puzzel waarin je als patiënt je eigen verantwoordelijkheid moet nemen." ■



FOTO: ADOBE STOCK

PAIS
Post-covid, of longcovid, is een van de PAIS-aandoeningen. PAIS staat voor: Post-Acuut Infectieus Syndroom. Daaronder vallen ook ME/cvs (myalgische encefalomyelitis/chronisch vermoeidheidssyndroom), het Q-koortsvermoeidheidssyndroom en onder meer chronische Lyme. Naar schatting van de PAIS-alliantie zijn er in Nederland 700.000 mensen met een PAIS.
Op 25 oktober jl. hield de PAIS-alliantie een protestwake om het belang van blijvend onderzoek naar PAIS te onderstrepen. Minister Hermans (VWS) was hierbij aanwezig.

ADVERTENTIE

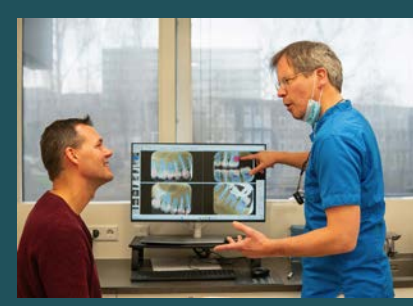
Second Opinion
AI als tweede paar ogen op elke röntgenfoto

Steeds meer Nederlandse praktijken werken met Pearl Second Opinion, de AI-software die röntgenfoto's binnen enkele seconden analyseert. Het systeem markeert onder meer cariës, tandsteen, periapicale afwijkingen en bestaande restauraties, direct zichtbaar op het scherm.

Second Opinion vervangt de blik van de tandarts niet, maar versterkt die. Kleine afwijkingen die bij een volle agenda makkelijk gemist worden, worden consequent gesignaleerd. Dat geeft behandelaren meer zekerheid en zorgt voor een uniforme kwaliteit binnen de praktijk.

Ook voor de patiënt maakt het verschil. De gekleurde markeringen maken bevindingen begrijpelijk, waardoor het gesprek over de behandeling makkelijker en transparanter wordt.

Second Opinion is geïntegreerd in NextGen, VisiQuick en Alvory, zonder extra stappen in de workflow.



Meer weten over Second Opinion in uw praktijk?

Bezoek straightdental.com

straight. dental

Goed nieuws: daling aantal restauraties in de mondzorgpraktijk

Leveren alle inspanningen op het gebied van preventie op de lange termijn iets op? Ik denk het wel: in mijn eigen praktijk hebben patiënten merkbaar minder wortelkanaalbehandelingen en restauraties nodig. Maar één praktijk zegt natuurlijk niets en mijn waarneming is uiteraard gekleurd. Daarom ben ik in de kerncijfers mondzorg van de NZa gedoken, op basis van vijf jaar Vektis-gegevens. De uitkomst is beter dan ik had verwacht.

TEKST: ALEXANDER TOLMEIJER, DENTIVA

Grotere praktijken, meer preventie

Al jaren zien we een trend richting grotere praktijken met meer preventieassistenten, mondhygiënisten en stoelen. Volgens onderzoek van de KNMT had een praktijk in 2014 gemiddeld 2,6 stoelen, ten opzichte van 3,3 in 2023 (bron: Staat van de mondzorg).

Die extra ruimte voor preventie leidt tot een begrijpelijke vraag van verzekeraars: wat kost dat en wat levert het op? Vorig jaar liet Infomedics op basis van zijn eigen declaratiegegevens zien dat het aantal gedeclareerde codes per zorgverlener daalde ten opzichte van de jaren ervoor en dat dit op een trend begon te lijken. Een goede aanleiding om grondiger naar de landelijke cijfers te kijken.

Geen enorme aanwas aan patiënten

De Vektis-cijfers bevatten de gedeclareerde mondzorg bij de basisverzekering en de aanvullende verzekering tussen 2020 en 2025. Die declaraties blijft er van die 30% dus vrijwel niets over. Het aantal patiënten dat een preventiebehandeling kreeg, is volgens Vektis licht gestegen, terwijl per patiënt het bedrag aan preventie in vijf jaar nagenoeg gelijk is gebleven en het aantal T-codes is gedaald.

Wat mij betreft is dat teleurstellend. Als er één ding is dat ik na dertig jaar aan de stoel durf vast te stellen, is het dat een gezonde mond ergere problemen voorkomt. Ik had daarom graag een grotere groei gezien van het aantal mensen dat voor preventiebehandelingen naar de praktijk komt.

Een kwart minder wortelkanaalbehandelingen

Om te bepalen of preventie iets oplevert, keek ik ook naar hoofdstuk E. De omzet is daar behoorlijk gedaald, nog vóór correctie van de tariefstijging. Het aantal patiënten dat een E-code kreeg, daalde met 24%, terwijl de cijfers laten zien dat er niet veel minder mensen komen. Corrigeer je de uitgaven voor de indexatie, dan lijken ook de uitgaven per behandelde patiënt te dalen. Waarschijnlijk zijn er dus minder mensen die twee of meer wortelkanaalbehandelingen in één jaar nodig hebben.

Een andere verklaring zou kunnen zijn dat mensen niet meer komen voor behandeling, of dat ze het element eerder laten extraheren. Of dat mensen met slechte gebitten de Vektis-populatie hebben verlaten en dat hier gezonde mensen voor in de plaats zijn gekomen. Zo'n grote verschuiving in de patiëntpopulatie in zo'n korte tijd vind ik onwaarschijnlijk. Je verwacht eerder het omgekeerde: juist iemand met een gaaf gebit zegt zijn aanvullende verzekering op, omdat die financieel geen zin meer heeft.

> Rekening houdend met inflatie en het aantal patiënten zijn stijgende preventiekosten niet terug te vinden in de cijfers

Vullingen en kronen dalen het hardst

Voor de restauraties heb ik de directe en indirecte restauraties als geheel bekeken. De omzet in die categorie daalde in vijf jaar met 5%. Dat lijkt bescheiden, maar de tarieven stegen in deze periode met 24%. Gecorrigeerd voor de indexatie is de reële omzet uit vullingen en kronen met ruwweg een kwart gedaald, en per patiënt nog iets meer. Ik kan dat niet anders lezen dan dat het aantal vullingen en kronen per patiënt de afgelopen jaren fors aan het dalen is.

Wat dit betekent

In de ruim tweehonderd praktijken waar ik zelf de afgelopen jaren de cijfers heb gezien, is de trend steeds dezelfde: meer preventie, minder restauratief, maar wel uitgebreider als de patiënt daarvoor kiest. De Vektis-cijfers zijn echter de duidelijkste, landelijke aanwijzing dat het werk in de mondzorgpraktijk verschuift: minder verrichtingen per verzekerde patiënt.

Mijn conclusie: de zorg over stijgende preventiekosten is, gecorrigeerd voor inflatie en het aantal patiënten, niet terug te vinden in de cijfers. Wel daalt het aantal wortelkanaalbehandelingen en restauraties. Goed nieuws dus! Tegelijk is er nog steeds een groot tekort aan preventieassistenten, mondhygiënisten en tandartsen, die hard nodig zijn nu we steeds ouder worden en langer onze eigen tanden en kiezen houden. Daarnaast hoop ik de komende jaren nog een flinke stijging van de preventie bij de jeugd te zien. Helaas publiceert de NZa de cijfers hierover niet uitgesplitst.

Vragen of opmerkingen?
Mail naar Alexander Tolmeijer, tandartsjurist en mede-eigenaar van Dentiva (alexander@dentiva.nl). ■

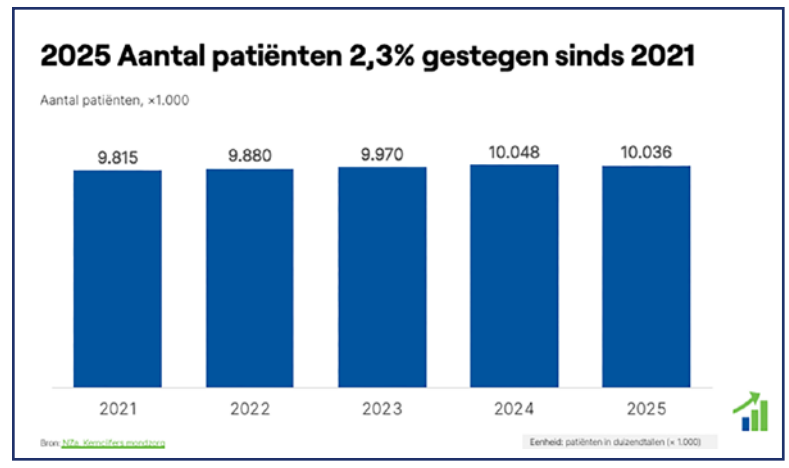
BRONNEN

NZa, Kerncijfers mondzorg (Vektis-gegevens 2021-2025).

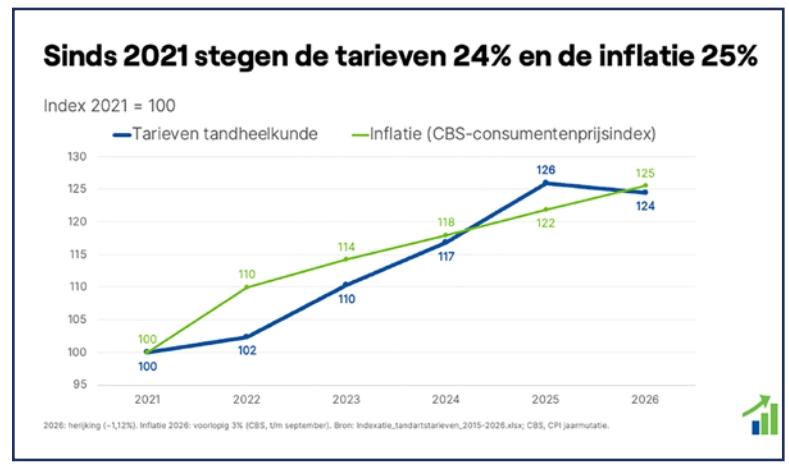
KNMT, Praktijkomvang 2014 en 2023.

Infomedics, Declaratiegegevens 2025.

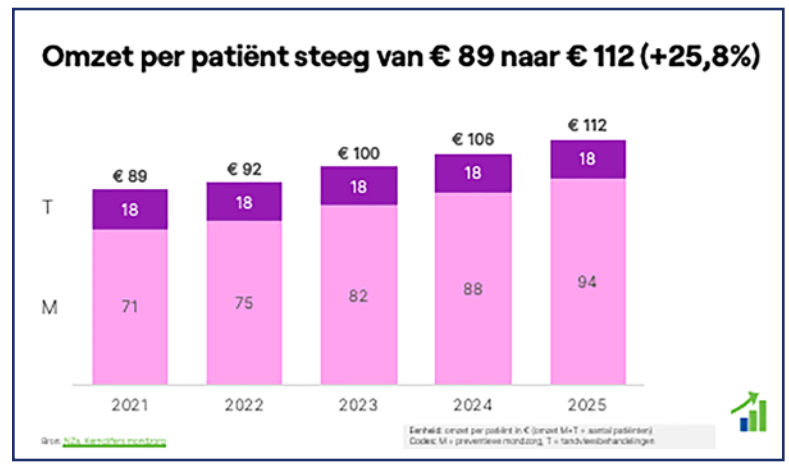
CBS, Consumentenprijsindex.



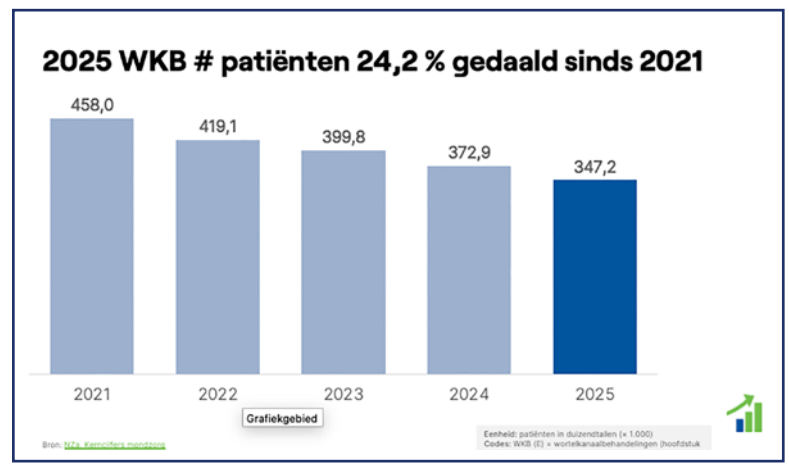
Aantal patiënten mondzorg 2020-2025. Bron: Vektis via NZa.



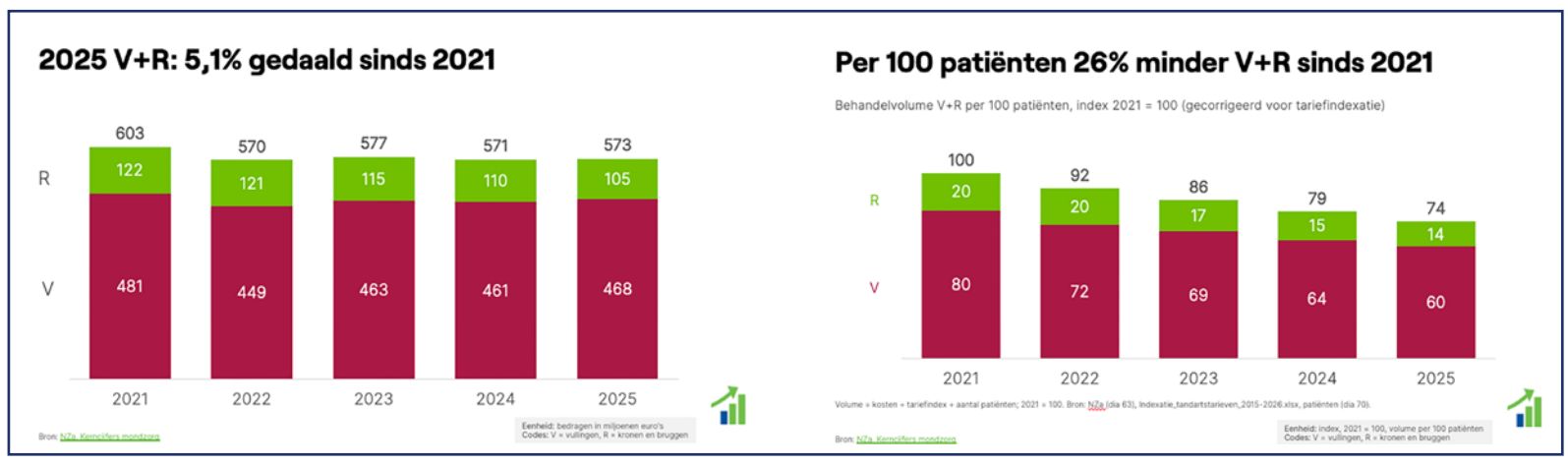
Stijging tarieven en inflatie.



Kosten hoofdstukken M en T, nominaal en gecorrigeerd voor tarief en aantal patiënten.



Aantal patiënten met een E-code en omzet hoofdstuk E, 2020–2025.



Omzet directe en indirecte restauraties, nominaal en gecorrigeerd voor tarief.



Column
Sandra Veen

Kleur bekennen

Allereerst een kleine bekentenis: ik hou van roze. Ja, ik ben zo iemand bij wie de voorliefde voor deze kleur nooit is overgegaan naarmate ik ouder werd.
De commercie speelt handig in op het feit dat er steeds meer vrouwelijke tandartsen bijkomen. Want wat kunnen we tegenwoordig veel materialen in het roze bestellen, denk met name aan allerlei disposables, maar sinds een jaar of twee werk ik ook in een knalroze tandartsbroek.
Een muur in de wachtkamer is in dezelfde roze kleur geschilderd, en komt terug in allerlei details. Mensen reageren daar heel enthousiast op, ik tover ermee gelijk een glimlach op hun gezicht nog voordat ze in de behandelstoel (die natuurlijk ook roze is) zijn gestapt.
Sowieso word ik persoonlijk erg blij van kleur, zowel in m'n interieur als kleding, en ik word erg onrustig van witte muren en klinische inrichting. Patiënten geven vaak aan dat ze de sfeer in de wachtkamer heel fijn en warm vinden, en ik ben ervan overtuigd dat dit doorwerkt in de behandelkamer.
In de jaren 70 heeft men geëxperimenteerd met een bepaalde kleur roze, Baker-Miller roze, een beetje bubblegumachtige kleur. De kleur werd toegepast in gevangenissen en psychiatrische klinieken omdat ze een rustgevend en agressieverlagend effect zou hebben. Als ik de kleur verder onder de loep neem, kom ik allerlei krachtige waarden tegen: zachtheid, warmte, liefde, toegankelijkheid en vrolijkheid. Zijn dat nou niet juist de dingen die we willen in de tandartspraktijk?
Tuurlijk, de technische aspecten van het vak zijn fantastisch en uitdagend, en voor velen onder ons de reden waarom we Tandheelkunde zijn gaan studeren.
Alleen, patiënten hebben vaak geen idee waar je mee bezig bent in de mond, maar nemen wel allerlei zaken om zich heen waar. De energie die je als behandelaar in je hebt, uitstraalt en overdraagt, in combinatie met de sfeer in de praktijk, is uiteindelijk wat ze bijblijft wanneer ze weer naar buiten stappen. Door kleuren als roze toe te passen vinden mensen je minder eng, creëer je minder afstand en kun je beter levelen, wat uiteindelijk de medewerking tijdens een behandeling ten goede komt.
Uiteraard kom ik ook criticasters tegen, met uitspraken als dat het veel te blij is, we zijn toch met iets heel serieus bezig? Jazeker, maar we zoeken juist naar die balans. En: je kan niet te close worden met patiënten, dat doet afbreuk aan je professionaliteit! Maar hallo zeg: hoe close zijn we wel niet wanneer we op nog geen halve meter boven iemands mond hangen?
Een prettige sfeer en professionaliteit sluiten elkaar absoluut niet uit.
Een kleine kanttekening over Beker-Miller-roze: uit later onderzoek bleek dat toch niet echt met zekerheid kon worden gesteld dat de kleur deze effecten zou hebben, er waren ook signalen dat na langere blootstelling aan de kleur juist een agressieverhogend effect werd waargenomen.
Hoewel ik dat natuurlijk moeilijk te geloven vind, weet ik nu wel dat de behandeling niet te lang mag duren. Anders keren de patiënten zich straks nog tegen mij in m'n roze broek. ■

Turner-hypoplasie als gevolg van infecties en trauma in het melkgebit

Van melkmolaar tot blijvend defect

Infecties en trauma van melkelementen kunnen de ontwikkeling van de blijvende opvolger blijvend verstoren. Aan de hand van drie patiënten worden de etiologie, diagnostiek, differentiaaldiagnose en behandelkeuzes bij Turner-hypoplasie besproken.

TEKST: MARIAM SAFFARI

Een diep carieuze melkmolaar die uiteindelijk toch zal wisselen, lijkt soms een tijdelijk probleem. In de dagelijkse praktijk kan het lijken dat uitgebreide behandeling van het melkgebit minder urgent is dan de behandeling van blijvende elementen. Toch kunnen infecties van melkelementen gevolgen hebben die pas jaren later zichtbaar worden.
Tijdens de wisselfase kan een blijvend element doorbreken met glazuurdefecten, verkleuringen, gevoeligheid of een afwijkende kroonvorm. De oorzaak hiervan ligt soms jaren eerder, toen het melkelement geïnfecteerd raakte en de zich ontwikkelende blijvende tandkiem werd beïnvloed.[1]
Deze ontwikkelingsstoornissen worden beschreven als Turner-hypoplasie: een gelokaliseerde afwijking van het glazuur van een blijvend element als gevolg van een lokale verstoring tijdens de tandontwikkeling. Trauma van melkelementen is een bekende oorzaak, maar ook infecties van het melkgebit kunnen leiden tot blijvende schade aan de opvolger. Voor de algemeen practicus en kindertandarts is het daarom belangrijk om cariës en pulpapathologie in het melkgebit niet uitsluitend te beoordelen vanuit het perspectief van het aangedane element. De mogelijke gevolgen voor de blijvende dentitie moeten ook worden meegewogen.
In dit artikel worden drie patiënten beschreven met Turner-hypoplasie na infectie of trauma van het melkgebit. Aan de hand van deze casussen worden de etiologie, diagnostiek, behandelkeuzes en klinische aandachtspunten besproken.

Achtergrond

De ontwikkeling van blijvende tanden vindt plaats in nauwe anatomische relatie tot de wortels van de melkelementen. Hierdoor kunnen lokale ontstekingsprocessen in het melkgebit invloed hebben op de zich ontwikkelende tandkiem.
Wanneer cariës leidt tot pulpanecrose en verspreiding van bacteriën naar de omliggende weefsels, kunnen ontstekingsprocessen rondom de wortels van een melkelement de ameloblasten van de blijvende opvolger beschadigen. Afhankelijk van het ontwikkelingsstadium van de tandkiem kan dit leiden tot uiteenlopende afwijkingen: van beperkte glazuuropaciteiten tot uitgebreide hypoplasie met verlies van tandweefsel en afwijkingen van de kroonvorm. Turner beschreef dit fenomeen al in 1904 en stelde dat de ernst van de afwijking afhankelijk is van de uitgebreidheid van de infectie en het moment waarop de beschadiging tijdens de tandontwikkeling plaatsvindt.[2]
De relatie tussen pathologie van melkelementen en ontwikkelingsstoornissen van blijvende opvolgers werd later verder onderzocht. Lo et al. toonden aan dat blijvende elementen waarvan de primaire voorgangers cariës hadden gehad significant vaker glazuurdefecten vertoonden. Vroegtijdig verlies van een melkelement als gevolg van cariës of infectie verhoogt de kans op een begrensd glazuurdefect bij de opvolger.[3]
Volgens Cordeiro en Rocha kunnen infecties van melkelementen via periapicale ontsteking de ontwikkeling van de blijvende opvolger beïnvloeden. Hierbij spelen zowel bacteriële factoren als de lokale ontstekingsreactie een rol.[4]
Hoewel Turner-hypoplasie vaak wordt geassocieerd met trauma, benadrukken recente onderzoeken dat ook infectieuze processen tijdens de ontwikkeling van het glazuur blijvende gevolgen kunnen hebben. De klinische presentatie varieert sterk en vraagt daarom om een individuele behandelstrategie.[5]

Casus 1

Avitale 55 met abcesvorming en Turner-hypoplasie van 15

Anamnese en diagnostiek
Een patiënt, geboren in 2015, werd op vierjarige leeftijd verwezen wegens pijnklachten en een eerder ontstane zwelling in de regio van element 55. Bij klinisch onderzoek werd een uitgebreid gecarieerde 55 vastgesteld met tekenen passend bij een dentoalveolair infectieproces. De prognose van het element was beperkt en vanwege de aanwezigheid van infectie werd besloten tot extractie. De behandeling had hierbij niet alleen als doel de acute klachten te verhelpen, maar ook verdere invloed van het infectieuze proces op de omliggende structuren en de blijvende opvolger te beperken.

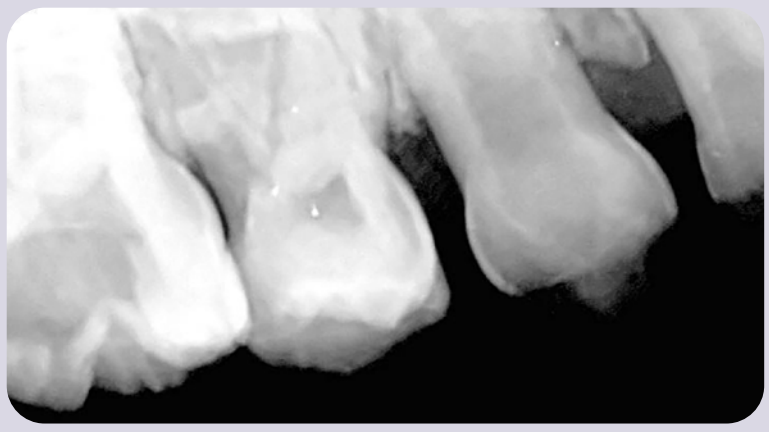


Follow-up
Tijdens de eruptie van element 15 werd een gelokaliseerde hypoplastische afwijking zichtbaar. Het defect paste klinisch bij Turner-hypoplasie. Er was sprake van glazuurverlies met gevoeligheid van het element. Omdat onvoldoende bescherming van het onderliggende tandweefsel aanwezig was en verdere slijtage werd verwacht, werd gekozen voor restauratief herstel.

Behandeloverwegingen
Bij Turner-hypoplasie moet de behandeling worden afgestemd op:
- de ernst van het glazuurdefect;
- de aanwezigheid van gevoeligheid;
- het risico op plaqueaccumulatie en cariës;
- de leeftijd van de patiënt;
- toekomstige eruptie en occlusale belasting.

Een directe composietrestauratie beschermt het aangedane element. De restauratie kan later indien nodig nog worden aangepast.

Klinische les
Deze casus illustreert dat de gevolgen van een geïnfecteerde melkmolaar pas jaren later zichtbaar kunnen worden. Een melkelement vraagt daarom bij ernstige pathologie om een behandeling die ook rekening houdt met de ontwikkeling van de blijvende dentitie.







Casus 2

Infectie van 54 en 55 met Turner-hypoplasie van 14 en 15

Anamnese en diagnostiek
Een patiënt, geboren in 2014, werd op vierjarige leeftijd verwezen vanwege pijnklachten en een eerder ontstane zwelling in het rechter bovenkwadrant. De elementen 54 en 55 waren diep carieus en werden vanwege de slechte prognose geëxtraheerd. Gezien de ernst van de infectie werd gekozen voor langdurige follow-up tijdens de wisselfase.

Follow-up
Drieënhalf jaar later werden hypoplastische afwijkingen vastgesteld aan de elementen 14 en 15. Vooral element 15 vertoonde substantieel glazuurverlies. Opvallend was dat niet alleen de directe opvolger van het aangedane melkelement betrokken was, maar ook een aangrenzend blijvend element. Dit past bij het beschreven mechanisme waarbij uitbreiding van een ontstekingsproces meerdere tandkiemen kan beïnvloeden.

Behandeling
Vanwege het aanwezige weefselverlies en het risico op verdere slijtage werd gekozen voor restauratief her-

Lees verder op pagina 13 ▸

stel van element 15.
Het doel van de behandeling was:
- het beschermen van resterend tandweefsel;
- het verminderen van gevoeligheid;
- het verbeteren van functie;
- het voorkomen van verdere destructie.

De keuze voor restauratie werd gemaakt op basis van het klinische beeld en niet uitsluitend op basis van de aanwezigheid van een glazuurdefect.

Klinische les
Deze casus benadrukt dat infecties van melkmolaren niet alleen gevolgen hebben voor de directe opvolger, maar ook voor aangrenzende blijvende elementen. De uitgebreidheid van de oorspronkelijke ontsteking en de ligging van de tandkiemen spelen daarbij een belangrijke rol.



Casus 3

Trauma van 61 met ernstige Turner-hypoplasie van 22

Anamnese en diagnostiek
Naast infectieuze oorzaken werd in de praktijk ook een patiënt gezien waarbij Turner-hypoplasie waarschijnlijk het gevolg was van trauma aan het melkgebit. Deze patiënt, geboren in 2018, had op jonge leeftijd een intrusie van element 61 doorgemaakt. Intrusies van melkelementen vormen een belangrijke risicofactor voor ontwikkelingsstoornissen van de blijvende opvolger, omdat de wortel van het melkelement dichtbij de zich ontwikkelende blijvende tandkiem ligt.
Tijdens de eruptie van de blijvende dentitie werd een ernstige afwijking van element 22 vastgesteld. Het element vertoonde uitgebreid glazuurverlies, een afwijkende kroonvorm en een esthetisch storend aspect.

Behandeloverwegingen
Hoewel de focus van dit artikel ligt op infectieuze oorzaken van Turner-hypoplasie, is het belangrijk te benadrukken dat trauma een vergelijkbaar klinisch beeld kan veroorzaken. De behandelbeslissing werd gebaseerd op:
- de ernst van het glazuurdefect;
- de hoeveelheid resterend tandweefsel;
- esthetische klachten;
- gevoeligheid;
- de leeftijd van de patiënt.

Gezien het uitgebreide defect werd gekozen voor restauratief herstel met als doel bescherming van het element, verbetering van de esthetiek en behoud van functie.

Klinische les
Deze casus benadrukt dat Turner-hypoplasie het resultaat kan zijn van verschillende lokale verstoringen tijdens de ontwikkeling van het blijvende element. Een goede anamnese, waarbij zowel infecties als trauma van het melkgebit worden meegenomen, is daarom essentieel.
Een systematische review van Caeiro-Villasenín et al. toont aan dat trauma van melkelementen, met name intrusies, regelmatig geassocieerd is met ontwikkelingsstoornissen van de blijvende opvolger. De ernst varieert afhankelijk van het type trauma en het ontwikkelingsstadium van de blijvende tand op het moment van het letsel.[5]







Discussie

De beschreven patiënten tonen verschillende klinische verschijningsvormen van Turner-hypoplasie. In twee gevallen was sprake van een duidelijke relatie met infectie van melkmolaren; in één geval was trauma van een frontelement de meest waarschijnlijke oorzaak.
De belangrijkste overeenkomst tussen deze patiënten is dat de schade aan de blijvende dentitie niet ontstond op het moment waarop het defect zichtbaar werd, maar jaren eerder tijdens de ontwikkeling van het element.[6]
Dit maakt Turner-hypoplasie een aandoening waarbij oorzaak en gevolg vaak ver uit elkaar liggen. Een kind dat op jonge leeftijd wordt behandeld vanwege een geïnfecteerde melkmolaar, kan pas tijdens de wisselfase worden geconfronteerd met de gevolgen hiervan.

Infectie van melkelementen als risicofactor
De relatie tussen infectie van primaire tanden en afwijkingen van blijvende opvolgers is beschreven in verschillende onderzoeken. De zich ontwikkelende tandkiem bevindt zich relatief dicht bij de wortels van melkelementen. Hierdoor kan een ontstekingsproces zich direct uitbreiden naar het gebied rondom de opvolger.
De uiteindelijke ernst van het defect lijkt afhankelijk van meerdere factoren:
- de uitgebreidheid van de infectie;
- de duur van het ontstekingsproces;
- het stadium van glazuurvorming;
- de locatie van de tandkiem;
- de leeftijd van het kind.

De casussen in dit artikel laten deze variatie zien: van een beperkt gelokaliseerd defect dat preventief gevolgd kan worden tot uitgebreide glazuurdefecten waarvoor restauratieve behandeling noodzakelijk is.

Turner-hypoplasie herkennen in de dagelijkse praktijk
Omdat de oorspronkelijke oorzaak vaak jaren eerder heeft plaatsgevonden, is de diagnose vooral gebaseerd op de combinatie van klinische kenmerken en de voorgeschiedenis. Kenmerkend voor Turner-hypoplasie zijn:
- een gelokaliseerd defect van één of enkele blijvende elementen;
- een voorgeschiedenis van infectie of trauma van het melkgebit;
- afwijkende glazuurstructuur;
- verkleuring;
- putjes of verlies van glazuur;
- gevoeligheid na eruptie.

Een goede anamnese is daarom essentieel. De vraag of een melkelement eerder een abces, fistel of trauma heeft doorgemaakt of vroegtijdig is geëxtraheerd, kan belangrijke diagnostische informatie opleveren.

Differentiaaldiagnose

Turner-hypoplasie moet worden onderscheiden van andere ontwikkelingsstoornissen van het glazuur, waaronder molaar-incisief hypomineralisatie (MIH), fluorose en erfelijke glazuuraandoeningen.

Molaar-incisief hypomineralisatie (MIH)
MIH wordt meestal gekenmerkt door betrokkenheid van meerdere eerste blijvende molaren en vaak ook incisieven. De afwijkingen zijn vaak bilateraal en kunnen variëren van witte verkleuringen tot geelbruine defecten met verlies van glazuur.

Bij Turner-hypoplasie is meestal sprake van een meer gelokaliseerde afwijking met een duidelijke lokale oorzaak in de voorgeschiedenis.[7]

Fluorose
Fluorose ontstaat door systemische blootstelling aan fluoride tijdens de glazuurvorming. Hierdoor zijn de afwijkingen meestal gegeneraliseerd en symmetrisch verdeeld.

Amelogenesis imperfecta
Bij amelogenesis imperfecta zijn vrijwel alle elementen van beide dentities aangedaan. Vaak is er een familiaire voorgeschiedenis en is sprake van een genetische oorzaak.

> De gezondheid van een melkelement beïnvloedt mede de kwaliteit van de blijvende dentitie

Een correcte diagnose is belangrijk omdat de prognose en behandelstrategie sterk verschillen tussen deze aandoeningen.

Behandeling van Turner-hypoplasie

De behandeling van Turner-hypoplasie moet worden afgestemd op de ernst van het defect en de individuele situatie van het kind.

Preventieve behandeling
Bij beperkte defecten zonder klachten kan worden gekozen voor:
- regelmatige controle;
- het optimaliseren van mondhygiëne;
- fluorideondersteuning;
- voedingsadvies;
- controle van cariësrisico.

Deze aanpak is vooral geschikt wanneer het defect stabiel is en geen gevoeligheid of weefselverlies veroorzaakt.

Restauratieve behandeling
Wanneer sprake is van glazuurverlies, gevoeligheid of risico op verdere afbraak kan restauratieve behandeling noodzakelijk zijn.
Directe composietrestauraties zijn hierbij vaak geschikt vanwege:
- de minimaal invasieve aanpak;
- het behoud van resterend tandweefsel;
- de esthetische mogelijkheden;
- de mogelijkheid tot aanpassing tijdens de groei.

De keuze voor restauratie moet echter niet alleen gebaseerd zijn op het uiterlijk van het defect. Ook functie, klachten, leeftijd en verwachte levensduur van de restauratie spelen een rol.
Salanitri en Seow benadrukken dat kinderen met ontwikkelingsstoornissen van het glazuur een verhoogd risico kunnen hebben op gevoeligheid, plaqueaccumulatie en cariësontwikkeling. Daarom is een individuele behandelstrategie nodig.[6]

Praktische aanbevelingen voor de algemeen practicus

De volgende aandachtspunten kunnen helpen bij het beperken en vroeg herkennen van gevolgen van pathologie in het melkgebit.
1. Beschouw ernstige cariës in het melkgebit niet als een tijdelijk probleem.
Een geïnfecteerd melkelement kan gevolgen hebben voor de blijvende dentitie. De behandeling moet daarom niet alleen gericht zijn op pijnbestrijding, maar ook op het beperken van schade aan omliggende structuren.
2. Controleer kinderen met een voorgeschiedenis van infectie tijdens de wisselfase.
Een blijvend element kan jaren na de oorspronkelijke infectie afwijkend doorbreken.
3. Leg een duidelijke anamnese vast.
Informatie over eerdere abcessen, extracties, trauma's en pulpa-infecties kan later essentieel zijn bij het stellen van de diagnose.
4. Behandel Turner-hypoplasie individueel.
Niet ieder defect heeft dezelfde aanpak nodig. De ernst van het defect, klachten en risico op verdere schade bepalen de behandelstrategie.

Conclusie

Turner-hypoplasie vormt een blijvende markering van processen die vaak jaren eerder in het melkgebit hebben plaatsgevonden. Infecties van melkelementen kunnen leiden tot ontwikkelingsstoornissen van blijvende opvolgers, variërend van geringe glazuurveranderingen tot uitgebreide defecten waarvoor restauratieve behandeling noodzakelijk is.[2]
De beschreven casussen benadrukken het belang van tijdige herkenning en behandeling van cariës en pulpapathologie in het melkgebit. Een melkelement dat uiteindelijk zal wisselen, mag niet uitsluitend worden beschouwd vanuit zijn tijdelijke functie; de gezondheid ervan beïnvloedt mede de kwaliteit van de blijvende dentitie.
Voor de klinische praktijk betekent dit dat kinderen met ernstige cariës, infecties of trauma van het melkgebit niet alleen acute behandeling nodig hebben, maar ook langdurige begeleiding tijdens de ontwikkeling van de blijvende dentitie.
Vroege herkenning van Turner-hypoplasie maakt preventieve maatregelen en restauratieve interventies mogelijk, waardoor gevoeligheid, verdere slijtage en functionele of esthetische problemen zoveel mogelijk kunnen worden beperkt. ■

Mariam Saffari is tandarts-pedodontoloog bij het Kindertand-Rotterdam, verwijspraktijk voor de kindertandheelkunde.

Noten

1. Costa FS, Silveira ER, Pinto GS, et al. Developmental defects of enamel and dental caries in the primary dentition: a systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 2017;27(4):333-345.
2. Turner JG. The influence of local disturbances on the development of enamel. Dent Cosmos. 1904.
3. Lo ECM, Zheng CG, King NM. Relationship between primary tooth decay and developmental defects in permanent successors. Caries Res. 2003;37(4):243-250.
4. Cordeiro MMR, Rocha MJC. The effects of periradicular inflammation and infection on a primary tooth and permanent successor. J Clin Pediatr Dent. 2005;29(3):193-200.
5. Caeiro-Villasenín L, et al. Developmental dental defects in permanent teeth resulting from trauma in primary dentition: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(2):754.
6. Salanitri S, Seow WK. Developmental enamel defects in the primary dentition: aetiology and clinical management. Aust Dent J. 2013;58(2):133-140.
7. Seow WK. Developmental defects of enamel and dentine: challenges for basic science research and clinical management. Aust Dent J. 2014;59 Suppl 1:143-154.

Promotie Sebastiaan van Doornik

“Beugels hebben ook nadelen”

Orthodontist Sebastiaan van Doornik promoveerde in september op twee veelvoorkomende bijwerkingen van een vaste beugel: witte vlekjes op de tanden en verkorting van tandwortels. Want ja, beugels zijn prachtige instrumenten voor mooie, rechte gebitten, maar er kunnen ook dingen gebeuren die niet voorzien waren. Bovendien: “Een beugel vraagt best veel discipline, in een groep die daar misschien niet erg mee bezig is.”

TEKST: ANNE DOELEMAN

Waarom heb je voor deze twee onderwerpen gekozen?

We zien de afgelopen decennia een enorme toename van het aantal kinderen dat orthodontisch behandeld wordt. Een groot deel van de Nederlandse jongeren draagt een beugel of heeft er een gehad. Je krijgt er mooie, rechte tanden van. Maar er zitten ook wat nadelen aan. In mijn proefschrift hebben we gekeken naar twee belangrijke bijwerkingen van vaste beugels: witte vlekken op de tanden (white spot laesies, WSL’s) en wortelresorptie (external apical root resorption, EARR). Die onderwerpen komen echt uit de praktijk. Als er aan het eind van de behandeling witte vlekken op de tanden of zelfs gaatjes zijn ontstaan, is dat teleurstellend voor zowel patient en ouders als voor orthodontist en tandarts. Ook ernstige vormen van wortelresorptie wil je voorkomen. Over beide onderwerpen zijn richtlijnen ontwikkeld vanuit de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO): over wortelresorptie in 2018, over white spot laesies in 2022.



FOTO: SEBASTIAAN VAN DOORNIK

Laten we beginnen met de witte vlekjes; hoe vaak komen die voor?

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten met een vaste beugel in meer of mindere mate witte vlekjes op de tanden krijgt. Witte vlekjes ontstaan vooral als iemand onvoldoende poetst, te weinig fluoride gebruikt, of vaak suikers eet of drinkt. Bacteriën in tandplak zetten suikers om in zuren. Die zuren onttrekken mineralen aan het tandglazuur, waardoor het glazuur wordt aangetast: demineralisatie.

Een vaste beugel maakt het moeilijker om de tanden goed schoon te houden. De draden en slotjes belemmeren zowel de natuurlijke reiniging door speeksel en tong, alsook het poetsen zelf met een tandenborstel. Daardoor hoopt tandplak zich gemakkelijker op rond de beugel en blijft het bovendien langer zitten, waardoor er uiteindelijk door de bacteriële zuren een beetje wolkerige vlekken ontstaan. Als die situatie langer blijft bestaan, tast dat het tandglazuur dermate aan dat er soms zelfs vullingen nodig zijn. Het is eigenlijk een vroeg stadium van cariës, alleen op een specifieke plek.

Kan er nog iets aan gedaan worden, als een wit vlekje eenmaal is ontstaan?

Als de eerste ontkalkingen net onder het tandoppervlak hebben plaatsgevonden, kan het proces met goed poetsen, fluoride en eventueel aanvullende middelen tot stilstand komen en kan het glazuur deels remineraliseren. De witte verkleuring verdwijnt alleen niet altijd. Blijven de vlekjes storend, dan zijn na enkele maanden ook minder invasieve behandelingen mogelijk, zoals harsinfiltratie. Pas bij verder gevorderde aantasting kan een meer invasieve vulling nodig zijn.

Maar kan je witte vlekjes eigenlijk altijd voorkomen?

Ja, alleen vraagt het wel wat meer tijd en aandacht dan vaak gedacht wordt, en dat is juist in deze groep soms wat lastig. Er is een aantal preventieadviezen opgesteld, zowel door onze beroepsgroep als door het Ivoren Kruis, voor de preventie van witte vlekjes en cariës in het algemeen. Dat zijn de bekende adviezen: ga regelmatig naar de tandarts of mondhygiënist, zorg ervoor dat je je voeding aanpast, houd je aan maximaal zeven eet- en drinkmomenten, gebruik fluoridetandpasta, zorg dat je minstens twee keer per dag de tandplak volledig verwijdert. Dat is natuurlijk lastig, want patiënten met een beugel zijn er langer mee bezig dan de vaak voorgeschreven twee minuten. Zelfzorg verdient meer aandacht tijdens een beugeltraject. Maar eigenlijk zou ook het hele team van orthodontist, tandarts, mondhygienist of preventieassistent een tandje bij moeten zetten tijdens een beugeltraject, om zowel het puberende kind als de directe omgeving, zoals ouders, mee te krijgen in die betere zelfzorg. Vaak beginnen kinderen, zoals met zo veel in het leven, heel enthousiast aan het beugeltraject. Maar anderhalf jaar later moet dat enthousiasme er nog steeds zijn. Het is daarom belangrijk om voortdurend te blijven wijzen op het belang van een goede mondgezondheid.

> “Na de behandeling ziet het gebit van een tiener er prachtig uit, maar krijg je juist op die leeftijd enkel nog een zuinige glimlach. Dat vind ik altijd heel grappig”

Vinden pubers het zelf niet heel vervelend, zulke witte vlekjes?

We hebben ook onderzocht hoe pubers zelf over de witte vlekjes dachten, en pubers vinden het inderdaad heel vervelend als ze die zouden krijgen. Maar wat we ook zagen, is dat die bezorgdheid maar heel zwak samenhing met het opvolgen van de preventieadviezen. Jongeren die wisten wat witte vlekjes zijn, hielden zich niet aantoonbaar beter aan die adviezen.

Hoe motiveer jij zelf je jonge patiënten?

Het allerbelangrijkste is denk ik dat je als professional niet wegkomt met enkel zeggen: ‘wel goed poetsen, hè?’ Dat is te makkelijk. Het is belangrijk dat iemand – of dat nu de orthodontist, tandarts, mondhygiënist of preventieassistent is – de mondgezondheid goed in kaart brengt en bijhoudt. In de drukte kan het zo zijn dat mondhygiëne, vooral tijdens een orthodontische behandeling, wat meer naar de achtergrond verdwijnt. Dan is het des te belangrijker dat het belang van mondzorg door iedereen in het team steeds wordt benadrukt. Ook is het belangrijk om goed in beeld te hebben welke patiënt geschikt is voor orthodontie, en welke patiënt een risicoprofiel heeft. En als er na een orthodontisch traject helaas toch sprake is van witte vlekjes, dan volgen we die op. Er valt achteraf soms nog wel restauratief iets aan het uiterlijk te doen, maar dat is natuurlijk jammer. Het is zo zonde dat een puber een beugeltraject ingaat om zijn gebit kaarsrecht en mooi te hebben, en dat vervolgens demineralisaties het gevolg zijn.

Heiligt het doel dan wel de middelen?

Misschien denken patiënten een beetje te veel dat een beugel erbij hoort en dat er geen nadelen aan zitten. Een beugel vraagt best veel discipline in een groep die daar misschien niet erg mee bezig is. Als iemand niet goed poetst, moet je afwegen of het niet beter is om de richtlijnen aan te houden en te wachten met een beugel totdat het poetsen is verbeterd. Ik denk dat je voor elke behandeling de voor- en nadelen tegen elkaar moet afwegen. Juist omdat er zoveel orthodontische behandelingen worden gedaan, krijgen ook veel patiënten te maken met witte vlekjes. Het overgrote deel van de patiënten heeft baat bij een mooi, net gebit, wat tegenwoordig ook de esthetische norm is. Maar daar moet wel bij gezegd worden: als je niet genoeg gemotiveerd bent om adviezen over beugel dragen en onderhoud op te volgen en je niet heel erg scheve tanden hebt, moet je nog maar eens goed nadenken of je die beugel wel wil. Het hele traject doet dan misschien meer kwaad dan goed. Dit moet altijd op patiëntniveau worden afgewogen. Het is zoeken naar de juiste balans.

Gebeurt dat voldoende, denk je?

Daar is in dit onderzoek niet naar gekeken. Maar er zijn zeker collega’s die vinden dat een beugel soms net even te vroeg is geplaatst. Je hebt als behandelaar ook niet veel invloed op hoe een puber zich ontwikkelt. De kinderen die bij je starten als ze elf, twaalf jaar oud zijn, zijn anders als ze veertien, vijftien zijn geworden. Je moet dus gedurende het hele traject aandacht hebben voor de mondzorg en dat blijven herhalen, op een voor de patiënt geschikt niveau.

Het andere onderwerp dat je hebt onderzocht is wortelresorptie. Hoe vaak komt dit voor bij een orthodontisch traject?

Het komt bij veel orthodontisch behandelde patiënten in milde mate voor. Door de orthodontische krachten ontstaat druk en rek in het parodontaal ligament. Het kaakbot wordt daarbij afgebroken en weer opgebouwd, maar soms wordt ook het worteloppervlak aangetast. Daardoor kan de wortel wat korter worden. Een klein beetje is niet erg, maar als dat in ernstige mate gebeurt, kan de kwaliteit van de tand achteruitgaan, omdat de wortel in verhouding te kort wordt. Ernstige wortelresorptie komt bij orthodontisch behandelde patiënten bij ongeveer 1 tot 5 procent voor. We hebben bekeken of de richtlijn Wortelresorptie in de orthodontie van de NVvO uit 2018 heeft geleid tot veranderingen in het handelen van orthodontisten. Volgens de ondervraagden is dat zo: 98,5 procent rapporteerde een verandering in het eigen handelen na de invoering van de richtlijn. Dat is een goede ontwikkeling, ook in het algemeen. Het laat ons zien dat richtlijnontwikkeling invloed kan hebben op het klinisch handelen. Orthodontisten rapporteren vooral veranderingen in hun handelen als zij tijdens de behandeling wortelresorptie consta-

Lees verder op pagina 15



Cv Sebastiaan van Doornik

Dr. Sebastiaan van Doornik behaalde in 2018 zijn tandarts- en in 2023 zijn orthodontiediploma aan het UMCG (Groningen). Hij werkt momenteel in het UZ Leuven in België na in meerdere orthodontiepraktijken in Amsterdam te hebben gewerkt. In 2024 werd hij beloond met de Athanasios E. Athanasiou Postgraduate Student Research Award tijdens het EOS-congres in Athene. Dit jaar ontving hij de Begg Prize van de Booy Foundation, de NVvO Excellent Research Award en tijdens het Europese orthodontiecongres de Houston Research Award for de Best Poster Presentation. Hij promoveerde 16 september 2026 aan de Rijksuniversiteit Groningen op zijn proefschrift ‘Patient-centred, evidence-based orthodontics: Managing white spot lesions and root resorption through patient behaviour, interventions, and clinical guidelines’.

teren. Zij volgen dan het richtlijnadvies om de behandeling tijdelijk te onderbreken en de draden passief te maken en de patiënten te informeren over de verdere risico's.

Weet je of tandartsen voor orthodontie de richtlijnen ook volgen?

Daar hebben we ons niet op gericht. We weten dat een grote groep tandartsen orthodontie uitvoert. Er is natuurlijk een grote variatie in hoe orthodontie buiten de geregistreerde orthodontisten wordt aangeboden. De ene tandarts doet orthodontie ernaast, de ander heeft zich er volledig op toegelegd. Het is een heel diverse groep, die we niet hebben meegenomen in ons onderzoek. Dat leert ons dus niets over de geleverde zorg. Voor geregistreerde orthodontisten bestaat een verplicht systeem van kwaliteitsvisitatie. Voor tandartsen die orthodontie uitvoeren bestaan soms andere kwaliteitsregelingen maar deze zijn niet verplicht, en daar hebben we in dit onderzoek niet naar gekeken. Maar het mooie is dat de richtlijn gewoon openbaar is en dat zowel orthodontisten, patiënten en ouders van patiënten als tandartsen voor orthodontie er gebruik van kunnen maken.

Hoe weet je of er sprake is van wortelresorptie?

Het is belangrijk dat je vóór een orthodontische behandeling voldoende diagnostische informatie hebt. Of en welke röntgenopnamen nodig zijn, moet je per patiënt afwegen. Op röntgenfoto's kun je eventuele wortelresorptie opsporen. De richtlijn Wortelresorptie adviseert om bij een extractiebehandeling na ongeveer twaalf maanden een orthopantomogram te overwegen. Daarmee wordt gecontroleerd of er wortelresorptie zichtbaar is, en kan bijvoorbeeld tegelijkertijd gekeken worden hoe de behandeling gaat en of de wortels mooi recht staan.

Wat kun je doen als er sprake is van wortelresorptie?

Als (ernstige) wortelresorptie plaatsvindt, hoeft de behandeling niet altijd direct te worden gestopt. Het gaat erom dat je opnieuw gaat kijken: wat zijn de behandeldoelen, welke behandelresultaten willen we behalen? Is dat nog steeds de wens van de patiënt en van de behandelaar? Worden de risico's niet te groot? Je kunt de draden bijvoorbeeld drie maanden passief maken en daarna, afhankelijk van de ernst van de wortelresorptie, voorzichtig verdergaan. Bij ernstige wortelresorptie over meerdere gebitselementen kan stoppen verstandiger zijn. Die afweging is in de richtlijn meer gekanaliseerd.

Wat vind jij verder belangrijke punten uit de richtlijn?

Ik wil het wat breder nemen. Binnen de tandheelkunde is er altijd veel discussie over richtlijnen geweest. Het is mooi om te zien dat dit een richtlijn is die goed is ontvangen. Uiteindelijk wordt zo'n richtlijn gemaakt om te voorkomen dat er veel ongewenste variatie bestaat in behandelingen en om handvatten te geven, niet om per se iets voor te schrijven. De vraag om deze richtlijn kwam uit het veld en ik hoop dat de beroepsgroep ziet dat zo'n richtlijn invloed kan hebben op het klinisch handelen. Het helpt je als behandelaar om gestructureerd beargumenteerd goede zorg te leveren.

Wat zijn jouw wensen op de onderwerpen die je hebt onderzocht?

Het liefst heb je natuurlijk cariësvrije patiënten. Voor de witte vlekjes houd je een grote gedragscomponent. Ik hoop dat nieuwe ontwikkelingen ervoor kunnen zorgen dat je patiënten meer kan meenemen in het proces. Het is misschien een beetje cliché om overal AI in te betrekken, maar digitale aansturing met meer feedbackmomenten zou kunnen helpen. En voor wortelresorptie zou het geweldig zijn als we een individueel risicoprofiel zouden kunnen maken van een patiënt, zelfs al voor de behandeling. Misschien kunnen we ooit met een speekseltest genetische risicofactoren bepalen en beter inschatten wie meer risico loopt op wortelresorptie. Dan moet je nog eens heel goed nadenken of je voor dat ene scheve tandje überhaupt aan een beugel wilt beginnen. Maar dat is helaas nog toekomstmuziek.

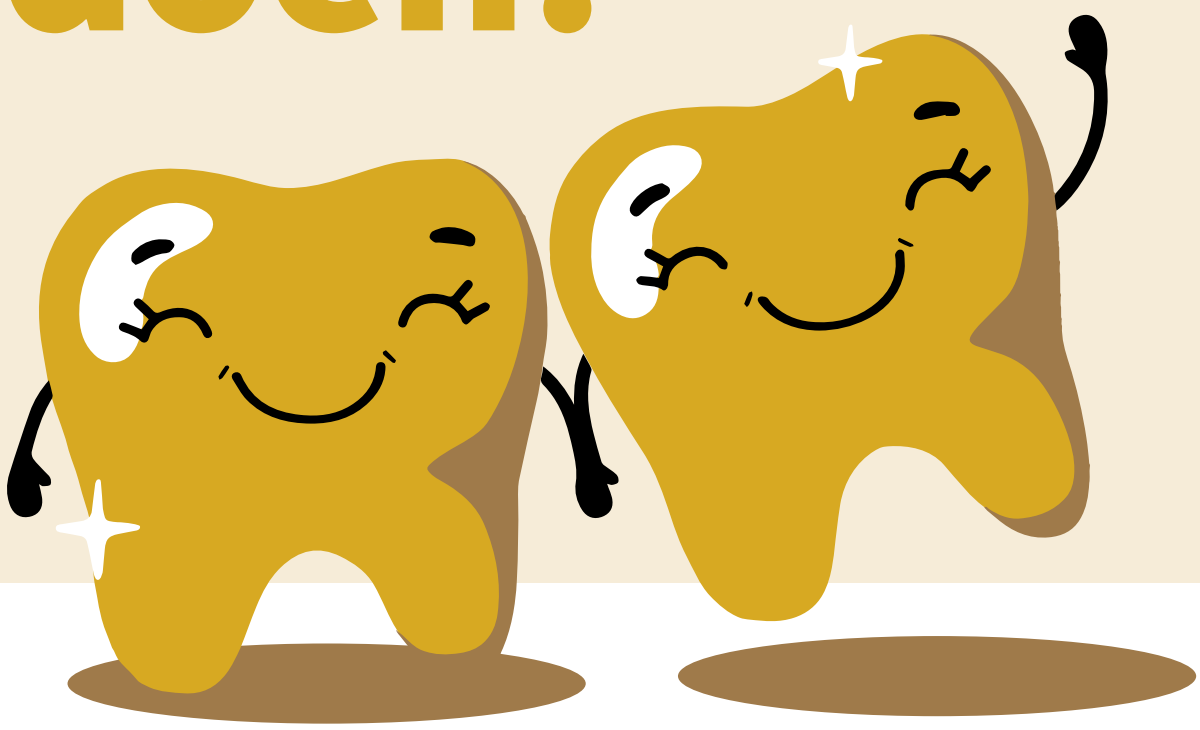
Wat vind je leuk aan het werken met tieners?

Als alles goed gaat – en er gaat natuurlijk veel meer goed dan fout – kan je patiënten blij en trots op hun gebit maken. Je kan ze een prachtige start geven met een mooie set tanden, waar ze zelf ook graag goed voor willen zorgen. Van kinderen worden ze jongvolwassenen. Soms zitten jongens van een jaar of elf met allemaal scheve tanden en een overbeet enorm lachend op een beginfoto. Na de behandeling ziet hun gebit er dan prachtig uit, maar krijg je juist op die leeftijd enkel nog een zuinige glimlach, dat vind ik altijd heel grappig. ■

ADVERTENTIE

lets goeds doen?

Doet uw praktijk mee aan het Gouden Kronen Plan?



Verwijdert of vervangt u wel eens een gouden kroon? Vraag uw patiënt of hij er iets moois mee wil doen: doneer de gouden kroon aan het Gouden Kronen Plan van het Rode Kruis. Met de opbrengst helpen wij mensen in risicogebieden zichzelf te beschermen tegen terugkerend natuurgeweld, zoals aardbevingen, overstromingen en orkanen.

Mede mogelijk gemaakt door:

Drijfhout
Heimerle + Meule Group

Rode Kruis

Ga naar **www.rodekruis.nl/goudenkronen** voor meer informatie over deelnemen aan het Gouden Kronen Plan

Staat de verwijspraktijk onder druk?

De groei van de gemiddelde algemene tandartspraktijk brengt mee dat tandartspraktijken steeds vaker gedifferentieerde mondzorg onder eigen dak kunnen aanbieden. Dat zou gevolgen kunnen hebben voor het functioneren van praktijken waar patiënten uitsluitend op verwijzing terechtkunnen. Twee impressies van 'beneden de rivieren'.

TEKST: KEES ADOLFSEN

Ons land kent een rijk en gevarieerd aanbod verwijsinstellingen voor mondzorg. Er zijn 'monodisciplinaire' praktijken, voor onder meer parodontologie, endodontologie, implantologie, restauratieve tandheelkunde, gnathologie en slaapgeneeskunde. Gegroeid – in aantal en omvang – zijn de verwijspraktijken waar een aantal van deze differentiaties onder één dak wordt aangeboden. Orthodontiepraktijken vormen een eigen specialisatie. Dat geldt ook voor de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, die vrijwel altijd is gekoppeld aan een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Daarnaast zijn er de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde en de drie academische verwijsklinieken gekoppeld aan de drie universitaire opleidingen Tandheelkunde.

Niet transparant

De KNMT bracht voorjaar 2025 een overzicht uit van het aantal geregistreerde tandartsen in alle erkende differentiaties (zie kader). Dat overzicht brengt echter niet in beeld hoeveel verwijspraktijken er feitelijk in Nederland zijn. Bovendien, licht KNMT-onderzoeker Joost den Boer toe, is het beeld niet 100% transparant – zo vallen de MKA-chirurgen in het overzicht onder de implantologen. Wat Den Boer ook signaleert, is een toenemende clustering: steeds meer algemene praktijken halen gedifferentieerde tandartsen in huis. Dat stelt weliswaar extra eisen aan de inrichting van behandelkamers, maar biedt vooral voordelen: patiënten hoeven minder verwezen te worden, er hoeft geen digitale dossieroverdracht naar buiten plaats te vinden (met alle mogelijke veiligheidsrisico's van dien) en de lijntjes tussen behandelaars zijn teruggebracht tot letterlijk 'de collega next door'. Zegt die ontwikkeling iets over de positie en de toekomst van verwijspraktijken zonder eigen patiënten? Twee praktijken laten zien hoe ze ervoor staan.

Parodontoloog en docent

Min of meer bij toeval prikken we Den Bosch, en wel Parodontologie Praktijk Fokkema. Het is de praktijk van Schelte Fokkema, die behalve als parodontoloog ook zijn sporen verdiend heeft als docent. Hij geeft al bijna 25 jaar cursussen en nascholing (ook postacademisch) aan tandartsen en mondhygiënisten. Om die reden krijgt hij nog wel eens verwijzingen van ver bij Den Bosch vandaan: de verwijzers weten aan wie ze hun patiënt toevertrouwen. Maar ook de verwijsregio rondom Den Bosch is ruim, en loopt westwaarts zeker tot Tiel en zuidwaarts tot en met Eindhoven, waar twee parodontologen om verschillende redenen stopten.

De praktijk (tien medewerkers) heeft geen eigen patiëntenbestand, maar patiënten soms wel jarenlang 'in beheer' zoals Fokkema het noemt: "Wij zijn de onderaannemer van de tandarts. We beperken onze werkzaamheden natuurlijk tot de verwijsopdracht van de tandarts. In principe gaan patiënten daarna terug. In de dertig jaar dat ik parodontoloog ben, heb ik meer dan zevenduizend consulten gedaan, waarvan slechts een klein percentage in onze praktijk in behandeling is gebleven."

Na een standaardtraject van een halfjaar blijven de meeste patiënten in ieder geval nog een jaar onder controle. Vaak neemt het traject enkele jaren in beslag, al dan niet inclusief operaties. Fokkema is als gepromoveerd parodontoloog en bevlogen docent altijd op zoek naar nieuwe inzichten, dus vindt hij het belangrijk om behandelingen ook op de semi-langetermijn te kunnen evalueren.

Op verzoek

Hoewel terugverwijzing naar de eigen tandarts zeker de standaard is, komt het ook voor dat patiënten definitief bij de praktijk blijven: "Ik leg patiënten die mogelijkheid wel voor. En als een patiënt deze keus maakt, zal ik dat altijd nadrukkelijk vermelden in de rapportage aan de verwijzende collega. Patiënten hebben nu eenmaal de vrijheid om die keus te maken, vind ik, het is hún lichaam. Al zullen ze, zeker als ze van ver weg komen, vrijwel altijd teruggaan naar de eigen tandarts." Andersom heeft Fokkema ook de indruk dat praktijken, zeker als het om ketens gaat, patiënten graag lang zelf onder hun hoede houden. De tandarts en/of praktijkeigenaar blijft de patiënt dan toevertrouwen aan de eigen mondhygiënist of aan de parodontoloog in eigen dienst. "Als je nu net afgestudeerd bent als parodontoloog, lijkt me dat een prettige positie. Je bent gegarandeerd van voldoende instroom."

Pool van verwijzers

Die instroom van nieuwe patiënten heeft maar één keer een flinke deuk gehad. Rond de kredietcrisis in 2008 halveerde het aantal verwijzingen. Dat heeft volgens Fokkema destijds veel impact gehad: praktijken die omvielen, of alleen vanwege hun implantologie-behandelingen overeind bleven: "Wij hadden gelukkig al een aardige pool van verwijzers. En destijds waren we wel blij dat patiënten soms wat langer bleven hangen. Sinds een kleine vijf jaar neemt het aantal verwijzingen weer flink toe. Wat me ook verrast, is dat daar ieder jaar weer nieuwe verwijzers bij zitten."

Zelf heeft hij nooit promotionele acties hoeven ontplooien voor voldoende klandizie. Wel werd voorheen goed bijgehouden als ergens een nieuwe tandarts begon of een nieuwe praktijk startte: daar ging dan even een brief naartoe, ter kennismaking. Maar de voornaamste wervingskracht gaat volgens Fokkema uit van zijn website. "Onze website scoort hoog in de zoekmachines. Ik vind het belangrijk dat daar, zowel voor collega's als patiënten, gedegen informatie op te vinden is. We lichten bijvoorbeeld alle stappen in het verwijsproces uitvoerig toe. En als we bij behandelingen nieuwe successen boeken of inzichten opdoen, deel ik dat graag op de website. Voor een bezoekersaantal van dertigduizend per jaar vind ik dat natuurlijk absoluut de moeite waard. Vanuit de beroepsvereniging worden we gevisiteerd en moeten we enquêtes onder onze patiënten houden. Ook daar doe ik graag melding van op de website, want wij worden heel positief beoordeeld."

Meerwaarde

De afstemming tussen verwijzer en verwijspraktijk kán soms fricties geven, weet Fokkema. Als op de verwijspraktijk door mondhygiënisten wordt voortgezet wat ook al door de mondhygiënist in de algemene praktijk gedaan was, is niet altijd duidelijk wat de meerwaarde is: "Verwijspraktijken, wij ook, hebben zelf mondhygiënisten in dienst. Het is belangrijk dat die grondig begeleid worden en/of extra scholing krijgen waardoor ze wel degelijk het verschil kunnen maken. Dat verwijspraktijken, wanneer er geen operaties aan te pas zijn gekomen, soms als kritiek krijgen dat de meerwaarde ten opzichte van de vaste behandelaar ontbreekt, kan ik wel begrijpen. Het gebeurt ook regelmatig dat een patiënt wordt ingestuurd als de ontsteking nog niet over is. Als er nog veel ontsteking is, is het echter te risicovol om al te snijden, en dan zullen we altijd eerst een initiële behandeling uitvoeren. Het komt er vaak op neer dat patiënten bij ons terechtkomen nadat de mondhygiënist in de algemene praktijk onvoldoende resultaat heeft bereikt, ondanks de afgeronde initiële behandeling. Het blijft belangrijk de verschillende werkterreinen duidelijk af te bakenen."



FOTO: ADOBE STOCK

Spectaculaire groei

Verwijspraktijk Zeeland is gevestigd in Goes. En dat nog niet zo heel lang: na anderhalve maand in een tijdelijke ruimte opende de praktijk op 3 februari 2025 haar deuren. Daar begon het echtpaar Verhelst – zij als kindertandarts, hij met erkende differentiaties in de parodontologie, implantologie en slaapgeneeskunde – met twee assistenten en een endodontoloog voor één dag per week. De praktijk heeft een spectaculaire groei doorgemaakt: momenteel zijn er 21 medewerkers (inclusief zzp'ers). In de relaties met verwijzers is en wordt dan ook flink geïnvesteerd, legt Alexander Verhelst uit. "Voor we feitelijk van start gingen, organiseerden we al verwijsavonden om kenbaar te maken dat we er waren. We stuurden berichten rond naar verwijzers en dat nieuws verspreidde zich als een lopend vuurtje. Eén keer per maand organiseren we een TOP-avond, een tandheelkundig overleg patiëntenzorg. Met een gemêleerd gezelschap van tandartsen, orthodontisten, MKA-chirurgen, mondhygiënisten en een OMFT-logopedist bespreken we lastige casuïstiek en sparren we over mogelijkheden. In plaats van een kerstpakket of fles wijn organiseren we verder eens per jaar 'Het goede voornemen', een gratis mini-congres. En we bellen heel veel met verwijzers. Waar patiënten soms al twintig jaar bij hen onder behandeling zijn, moeten wij in een intake van een uur evenveel kennis zien te vergaren. Wij overleggen daarom graag even over onduidelijkheden. Die afstemming wordt zeker gewaardeerd, is mijn indruk."

Variabel

Het moment dat patiënten teruggaan naar de eigen praktijk is hier zeer variabel en hangt sterk af van de behandeling waarvoor ze ingestuurd worden. Een endo kan met één consult, één behandeling en één controle een jaar later afgerond zijn. Een parodontaal traject loopt in ieder geval drie tot zes maanden, vertelt Verhelst: "Blijft het stabiel, dan kunnen patiënten na een jaar terug naar de eigen tandarts. Sommige tandartsen of andere verwijzers willen de nazorg bij ons voortzetten. Dat gebeurt altijd na individuele afstemming en een afzonderlijke overeenkomst." In alle fases, van intake tot herbeoordeling tot evaluatie, krijgt de verwijzer een brief. Dat kan een tandarts zijn, een mondhygiënist, maar ook een huisarts, KNO- of longarts als het om slaapgeneeskunde gaat. Het referentiegebied van Verwijspraktijk Zeeland heeft zich inmiddels uitgebreid tot ver buiten de provinciegrenzen, van Noord-Brabant tot en met Rotterdam. Verhelst is zeer te spreken over het contact dat onlangs vanuit UZ Gent is gelegd: "We hebben vooral overleg met de orthodontisten daar. We doen bijvoorbeeld veel autotransplantaten, waar altijd een orthodontist bij nodig is. Wel willen we de patiënt een keer live zien, om genoeg gevoel bij de situatie te krijgen en de patiënt adequaat te kunnen informeren."

Referentiegebied

De naam Verwijspraktijk Zeeland weerspiegelt de regionale functie die de praktijk wil vervullen. Zeeland telt circa 400.000 inwoners en kent volgens Verhelst van oudsher een sterke traditie van zelfstandige tandartspraktijken, waar veel complexe behandelingen binnen de eigen praktijk worden uitgevoerd. Een bekend gegeven daarbij is dat de tandartsratio in de provincie ongewenst hoog ligt: "De mondzorg in Zeeland staat voor stevige uitdagingen, onder andere door de beperkte beschikbaarheid van tandartsen. Met Verwijspraktijk Zeeland willen wij een aanvulling zijn op de bestaande mondzorg, door gespecialiseerde zorg toegankelijk te maken en collega-tandartsen te ondersteunen bij complexe casuïstiek. Zo hopen we samen bij te dragen aan toekomstbestendige mondzorg in de regio." ■

Aantal geregistreerde tandartsen van 67 jaar of jonger in de erkende differentiaties, voorjaar 2025

Deelgebied	Aantal
Implantologie (NVOI)	197
Slaapgeneeskunde (NVTS)	104
Endodontologie (NVVE)	82
Parodontologie (NVVP)	94
Pedodontologie (NVvK)	67
Gnathologie (NVGPT)	47
Restauratief tandarts (NVVRT)	36
Maxillofaciale prothetiek (NVGPT)	42
Gehandicaptenzorg (VMBZ)	35
Angstbegeleiding (VMBZ)	25
Gerodontologie (NVGd)	18
Prosthodontist / prothetisch-restauratief tandarts (NVGPT)	3

BRON: WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN/KNMT

ADVERTENTIE



Tandarts en ondernemer Hardi Mirza

“Gezonde zorg kan alleen vanuit een gezonde onderneming”

Hij had op het event ‘Samen Sterk’ een bijzondere plek. Hij stimuleerde initiator Nora Ennahachi zichzelf te ontwikkelen. Schouder aan schouder, maar niet zonder schuring, bouwden ze Mydent uit, dat nu bestaat uit twee bloeiende mondzorgpraktijken en een orthodontiepraktijk. Wat is Hardi Mirza’s achtergrond? En hoe ontwikkelde hij zijn visie op ondernemerschap?

TEKST: KEES ADOLFSEN

Hoe zou u zichzelf typeren als tandarts?

Ik ben allereerst zorgverlener. Ik vind dat fantastisch, vind het fijn om voor iemand te kunnen zorgen. Onlosmakelijk daarvan stroomt er ondernemersbloed door mij heen. Daarbij ben ik altijd gericht op ontwikkeling en innovatie. Mijn drive is om continu te verbeteren. Ik ben in 1997 vanuit Koerdistan naar Nederland gekomen. Ik was 15 en kreeg van mijn vader drie opties: dokter worden, ingenieur of advocaat. Ik focuste op Natuur & Gezondheid op de middelbare school. Ik wilde kaakchirurg worden, maar het besef dat iemand eventueel onder mijn handen zou kunnen overlijden en de lengte van het studietraject weerhielden me daarvan. Een plaats op de orthodontieopleiding werd mij onthouden. Toen werd mijn drang om de beste tandarts van Nederland te worden, en dat zo generalistisch mogelijk. Ik ben erkend restauratief tandarts en implantoloog en heb me bovendien gespecialiseerd in Smile Design.

Gaat, met drie praktijken, de praktijkhouder de tandarts niet overvleugelen?

Daar waak ik zorgvuldig over. Ik dwing voor mezelf af dat ik drie dagen per week aan de stoel kan staan. Uiteraard om mijn vak op niveau te kunnen blijven uitoefenen. Maar niet minder omdat ik als praktijkhouder aanwezig wil zijn in het operationele gebied waar het er het meest toe doet in de tandartspraktijk. Dáár zijn en zichtbaar zijn, vind ik belangrijk, richting patiënten maar niet minder voor mijn medewerkers.

Een van die medewerkers is Nora Ennahachi, die nu als operationeel directeur naast u staat. Hoe ontstond jullie contact?

Ik nam in Utrecht een praktijk over. Daar werkte Nora als assistente. Ze paste bij wat ik voor ogen had. Ik zocht naar mensen die naast mij groot wilden worden en goed in hun kracht zouden komen te staan. Zo heb ik mensen om me heen verzameld die mee wilden groeien. In die mensen investeer ik ook: ik heb uit eigen beweging Nora meegenomen naar de managementopleiding die ik bij ACTA ben gaan volgen. Zo kon ik haar meenemen in mijn gedachtegoed. Daarmee heb ik bij haar denk ik een ambitie losgemaakt, die ze aanvankelijk niet had. Ze heeft zich vanaf toen uitmuntend opgesteld en elke geboden kans omarmd. Dat gaf me alle vertrouwen in de keus haar als operationeel directeur naast mij aan te stellen.

Hoe waardevol is zij voor u?

Zeer waardevol! Ze neemt me veel zorg uit handen rond HR, planning, declaraties, klachtafhandeling en andere operationele aspecten van de bedrijfsvoering. Dat geeft mij meer vrijheid om bij te dragen aan waar het echt om gaat: de patiëntbehandeling. Tandheelkundige zorg is ons bedrijfsproduct: daar wil ik me volledig op kunnen focussen. En daar hoort natuurlijk een team bij dat aangestuurd moet worden. Daar hebben wij zeer regelmatig gesprekken over. Door de tijd heen is daarmee een steeds duidelijker verdeling van verantwoordelijkheden ontstaan. Ik kijk niet licht aan tegen ondernemerschap in de zorg. Dat is heel uitdagend. Dat je clinicus en praktijkeigenaar bent, betekent nog helemaal niet dat je ook een goede ondernemer, of werkgever bent. Het inzicht dat bij mij groeide is dat ik een bedrijf wilde opbouwen dat niet afhankelijk is van mij als persoon. Als alles om mij draait, heb je geen bedrijf. Ik moet weg kunnen gaan. Ik vind dat je bedrijfsvoering op een hoog niveau moet beoordelen: mijn aandeel moet, in mijn visie, lager zijn dan 20%.

> “Hebben medewerkers het gevoel dat ze een bepaalde deskundigheid niet hebben? Praat erover!”

Hoe ontwikkelt zich zo’n visie?

Dat zit vooral in je. Ik heb een vrij strenge opvoeding gehad. Toen wij bijvoorbeeld net in Nederland waren aangekomen, sprak mijn vader af dat er het eerste jaar bij ons thuis geen Koerdisch werd gesproken. Ik heb als enige thuis op een openbare school gezeten, mijn broers en zussen allemaal op een christelijke school – we moesten de mensen hier begrijpen om mee te kunnen gaan in hun manier van leven. Koerden hebben wereldwijd geen makkelijk bestaan. Dat drijft mij om de dingen beter, sneller en innovatiever te doen. Het komt elk half jaar wel een keer voor dat ik Nora erop wijs dat we stil dreigen te staan. Dat kan niet, we willen tien stappen vóór blijven. Dat is best vermoeiend, eerlijk gezegd. Maar ik weet niet anders. Mijn vader vroeg mij, als oudste, om een onderneming te bouwen waarin al mijn broertjes en zussen eventueel mee konden werken, als ze niet iets anders vonden.

En is dat gelukt?

Het leidde tot een drang om steeds meer onder mijn hoede te nemen. Ik had op een gegeven moment vijftien praktijken! Ik wilde mijn ondernemerschap met mijn broers en zussen kunnen delen, maar zij zijn, op één broer na, hun eigen weg gegaan. Ik kwam tot het inzicht dat ik met vijftien praktijken absoluut niet de praktijkhouder kon zijn die ik wilde zijn. Omdat ik de behandelaars niet kon aanspreken, kon ik niet garanderen dat de zorg die werd geleverd in al die praktijken van hetzelfde niveau was. Toen heb ik rigoureus gesneden en de drie praktijken overgehouden die nu MyDent vormen. In het boek met onze praktijkfilosofie staat *persoonlijk* voorop, direct gevolgd door *innovatief* en *samen*. Alles wat ik wil doen, doe ik op persoonlijke basis. Iedereen die bij mij werkt, moet een klik met mij hebben. Ik moet ze kennen, moet met ze kunnen grappen en kunnen praten. Want zij staan daar namens mij, vertegenwoordigen mij, verkopen mijn gezicht. Dat neem ik heel serieus. En het was natuurlijk overduidelijk dat die vertrouwdheid met en vertrouwen in je medewerkers er met vijftien praktijken niet kunnen zijn.

> “Niemand heeft recht op succes, daar moet je voor werken”

Wat moet de patiënt primair ervaren in jouw praktijken?

In de allereerste plaats deskundigheid. Die begint bij mijzelf: patiënten moeten weten dat ze bij mij in goede handen zijn, ze mogen geen aarzelingen hebben of ik het kan. Dat betekent dat ik op het hoogste niveau mee moet met de actuele kennis en inzichten in de tandheelkunde. Hebben medewerkers het gevoel dat ze een bepaalde deskundigheid niet hebben? Praat erover! Dan kunnen we die kennis bijspijkeren. Of je kiest ervoor bepaalde behandelingen niet te doen. Als iemand wortelkanaalbehandelingen leuk vindt, gaat hij ze vanzelf vaker doen en wordt ‘ie er ook steeds beter in. Zo krijg je binnen de praktijk steeds meer de juiste mensen op de juiste plekken. En dat ervaart de patiënt ook zo.

Is er een beslissende factor in de relatie tussen praktijkhouder en praktijkmanager?

Wat absoluut voorop staat is dat je als praktijkhouder moet kunnen loslaten. Wat daaronder zit als voorwaarde, is dat je zelf helemaal begrijpt hoe een praktijk gemanaged moet worden. Als je een manager aanneemt omdat je zelf niet weet hoe een praktijk gerund moet worden, kun je beter stoppen. Dan geef je namelijk ook met veel minder vertrouwen iets uit handen. En juist die ruimte bieden is essentieel: zorgen dat mensen om jou heen kunnen stralen, zonder dat jij er kleiner van wordt. Als iemand bij mij solliciteert, kijk ik hem of haar recht in de ogen en ik peil de ambities en het commitment en doorzettingsvermogen die daarbij horen. Alleen assisteren? Prima. Maar wil jij over vijf jaar in een Tesla rijden, dan gaan we de lijn uitzetten om daar te komen. Maar nooit zonder inzet en inspanning. Niemand heeft recht op succes, daar moet je voor werken. Ik denk dat de persoonlijke aandacht en ruimte die medewerkers in je team krijgen, bepalend is voor een gezonde onderneming. En alleen vanuit een gezonde onderneming kun je gezonde zorg leveren. ■



FOTO: HARDI MIRZA



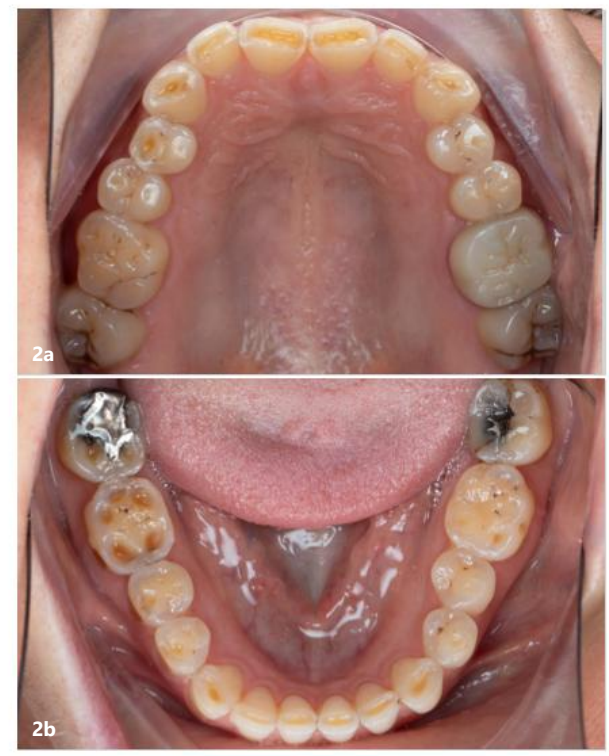
Dit is GC.

Een conservatieve multimateriaalstrategie voor volledige rehabilitatie bij ernstige erosieve gebitsslijtage

Gebitsslijtage behoort tot de belangrijkste oorzaken van beschadiging van harde tandweefsels, direct na tandcaries. De prevalentie van gebitsslijtage neemt toe in zowel frequentie als ernst, zelfs nu de cariëspercentages blijven dalen.[1] Hoewel wereldwijde schattingen moeilijk te maken zijn vanwege inconsistente diagnostische criteria en studiemethodologieën, wordt erosieve gebitsslijtage (EGS) algemeen beschouwd als steeds vaker voorkomend in de hedendaagse bevolking.[2] EGS is het gevolg van het verweken van glazuur door intrinsieke of extrinsieke zuren[2,3] en kan het structurele verlies aanzienlijk versnellen in combinatie met mechanische krachten zoals attritie en abrasie.[3,4] Parafunctionele gewoonten – in het bijzonder bruxisme – versterken dit proces nog verder, wat vaak leidt tot complexe patronen van gegeneraliseerde slijtage die zowel de functie als de esthetiek op de proef stellen. Een effectieve behandeling vereist een zorgvuldig evenwicht tussen het herstellen van de occlusale stabiliteit, het verbeteren van het uiterlijk en het behouden van de resterende tandstructuur. Minimaal invasieve, adhesieve strategieën zijn daarom centraal komen te staan in de moderne behandelplanning. Deze casusbeschrijving demonstreert een conservatieve, adhesieve rehabilitatieaanpak die zowel directe als indirecte adhesieve restauraties integreert om functionele, duurzame en esthetische resultaten te bereiken met respect voor de principes van maximale weefselbesparing.

Een jonge volwassen vrouw bezocht de tandartspraktijk met als klacht functionele beperkingen en esthetische klachten als gevolg van gevorderde gebitsslijtage (Afb. 1). Uit haar anamnese bleek dat zij een voedingspatroon met hoge zuurinname had en zowel overdag als 's nachts tandenknarste. Klinisch onderzoek toonde een gegeneraliseerde, ernstige gebitsslijtage met duidelijke erosieve en attritive componenten (Afb. 2-3). De combinatie van erosieve verweking en attritie verergerde de gebitsslijtage, wat resulteerde in korte klinische tandkronen en een uitgevlakte lachcurve. Het gebit vertoonde uitgebreid erosief substantieverlies, gekenmerkt door uitgesproken occlusale cupping en incisale groefvorming. Verschillende restauraties leken 'verheven', wat het progressieve verlies van de omliggende tandstructuur weerspiegelt, terwijl brede, afgeplatte buccale glazuurlaesies eveneens wezen op gevorderde slijtage. Opmerkelijk is dat de amalgaamrestauraties glanzend en niet-aangetast waren, een bevinding die mogelijk verband houdt met langdurige blootstelling aan een zuur oraal milieu. Andere bevindingen die geen verband hielden met slijtage waren onder meer meerdere falende restauraties, waaronder een kroon op tand 26 die aan vervanging toe was. Voedingsgerelateerde blootstelling aan zuren en parafunctie vormden samen de belangrijkste risicofactoren voor de gebitsslijtage.





Afb. 1: Extraoraal aanzicht van voren voor de behandeling. De ingekorte en afgeplatte anterieure kronen in de bovenkaak hadden een aanzienlijke invloed op de lachesthetiek van de patiënt en droegen bij aan een merkbare psychologische belasting. – Afb 2a+b: Intraoraal aanzicht voor de behandeling: incisale groeven en occlusale cupping duiden op een sterke erosieve component. Merk op dat de rechterkant meer is aangedaan dan de linkerkant, wat kan wijzen op een habituele asymmetrische occlusale belasting. Amalgaamrestauraties zien er glanzend uit, zonder aanslag, wat kan duiden op een zuur milieu.

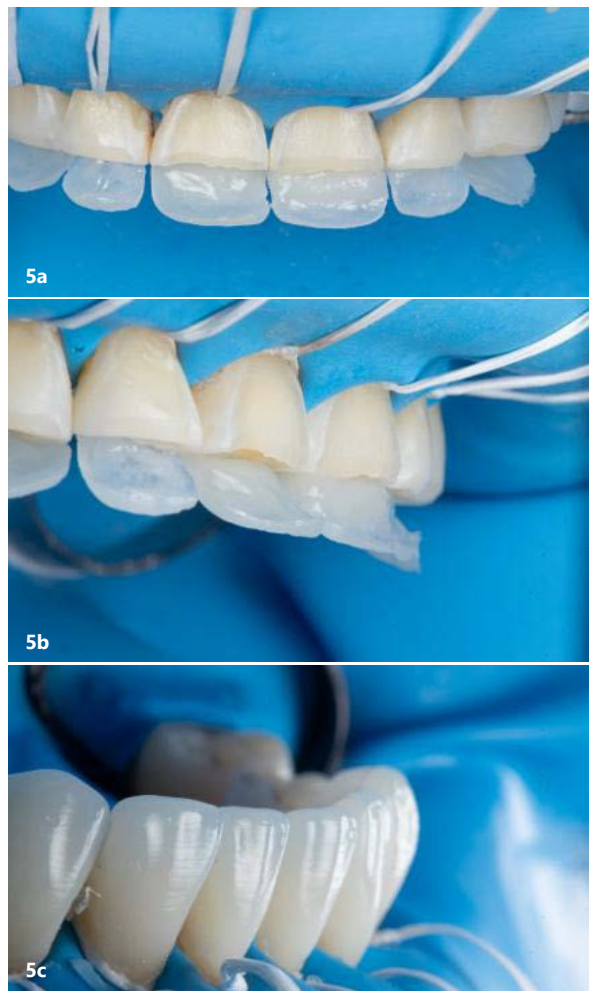
Behandeldoelstellingen en rationale

De primaire behandeldoelstellingen waren het herstellen van zowel de functie als de esthetiek, terwijl de resterende tandstructuur werd beschermd via een minimaal invasieve benadering. Een gecontroleerde toename van de verticale dimensie van de occlusie (VDO), zorgvuldig afgestemd op de tolerantie van de patiënt, werd gepland om comfort en functionele stabiliteit te waarborgen. Onderhoudsgemak en herstelbaarheid waren eveneens belangrijke overwegingen bij de keuze van materialen en restauratieve strategieën. Om deze doelen te bereiken werd gekozen voor een overwegend additief behandelplan om het resterende glazuur en dentine te behouden. Vanwege het conservatieve karakter en de eenvoudige herstelbaarheid werd gekozen voor directe composietrestauraties, aangevuld met indirecte restauraties in zwaar belaste posterieure regio's. Er werd gekozen voor een zirkoniakroon om de structureel gecompromitteerde molaar te herstellen, wat een conservatieve verticale preparatie mogelijk maakte.[5] Deze materiaalkeuze ondersteunde een minimaal invasieve benadering en bood tegelijkertijd de sterkte en duurzaamheid op lange termijn die nodig zijn voor de posterieure functie.

Overzicht van de behandeling

De volledige gebitsrehabilitatie werd uitgevoerd bij een verhoogde VDO met behulp van een overwegend additieve benadering. De lengte van de anterieure tanden werd getest middels een intraorale mock-up (Afb. 4). De behandeling begon met de anterieure tanden in de boven- en onderkaak, die op dezelfde dag werden voltooid. Om de zojuist ingestelde verticale dimensie tijdens deze fase te handhaven, werd de posterieure occlusie gestabiliseerd met tijdelijke occlusale stops in composiet.







Afb. 3a–c: Intraoraal buccaal aanzicht voor de behandeling. Op de buccale oppervlakken zijn brede en afgeplatte erosieve zones te zien. – Afb. 4: Faciaal gestuurde workflow: Intraorale mock-up om de lengte van de anterieure tanden te testen. – Afb. 5a–c: Voor de anterieure restauraties werd een bilaminaire techniek toegepast met G-ænial A'CHORD (GC) en G-ænial Universal Injectable (GC) als definitieve laag. Alle adhesieve procedures werden uitgevoerd onder rubberdam.

Afb. 6a+b: Restauraties semi-indirect geprepareerd met injection moulding verkorten de behandeltijd in de stoel en vergemakkelijken de afwerking. a: G-ænial Universal Injectable restauraties op een geprint model. b: tanden werden geïsoleerd en licht gezandstraald voorafgaand aan het cementeren. – Afb. 7: Occlusaal aanzicht van de onderkaak. De Initial LiSi Press-restauraties waren niet geveneerd, wat resulteerde in een uitzonderlijk glad, hoogglanzend gepolijst oppervlak dat een uitstekende esthetiek behoudt. – Afb 8a–c: Intraoraal buccaal aanzicht na de behandeling.









Voor de anterieure restauraties werd een gecombineerd protocol toegepast met G-ænial A'CHORD (GC) en G-ænial Universal Injectable (GC). Er werd een bilaminaire techniek gebruikt: eerst werd een shell gecreëerd met een palatinale stent, gevolgd door een dentinelaag (beide G-ænial A'CHORD) en een definitieve glazuurlaag aangebracht via injection moulding met G-ænial Universal Injectable (Afb. 5).

Vier dagen later werden de premolaren en molaren in de bovenkaak gerestaureerd met behulp van een injection moulding techniek met G-ænial Universal Injectable, gevolgd door de premolaren in de onderkaak 10 dagen later. Het linker kwadrant van de onderkaak werd gerestaureerd met semi-indirecte composiet onlays vervaardigd d.m.v. injection moulding met G-ænial Universal Injectable (Afb. 6), wat een balans biedt tussen tandbehoud, kosteneffectiviteit en herstelbaarheid op lange termijn.

Tien dagen later werd de eerste molaar linksboven gerestaureerd met een zirkoniakroon geplaatst na een verticale preparatie, wat duurzame versterking bood voor een strategisch belangrijk posterieur element.

Tot slot werden op tanden 46 en 47 lithiumdisilicaat onlays (Initial LiSi Press, GC) geplaatst voor een betere sterkte en voorspelbare adhesieve prestaties in een zone die onderhevig is aan hoge occlusale belastingen. Deze restauraties werden drie maanden later voltooid vanwege praktische belemmeringen in de agenda van de patient zelf.

Adhesie- en isolatieprotocol

Alle directe composietprocedures werden uitgevoerd onder rubberdam-isolatie om optimale controle over het werkveld te waarborgen en de adhesieve betrouwbaarheid te maximaliseren. Er werd een gecombineerde laagjesstrategie toegepast, waarbij conventioneel composiet in stevige consistentie werd gebruikt voor de vervanging van dentine en glazuur, terwijl injection moulding technieken werden geïntegreerd om de uiteindelijke vorm te verfijnen, de precisie te verbeteren en de workflow te stroomlijnen.

Adhesieve protocollen werden gevolgd volgens de instructies van de fabrikant, waarbij substraatspecifieke conditionerings- en bondingsprocedures werden toegepast om duurzame hechting te garanderen bij zowel de directe als de indirecte restauraties. Voor de directe restauraties werd een universieel adhesief (G-Premio BOND, GC) gebruikt.

Indirecte composietrestauraties vervaardigd met G-ænial Universal Injectable werden licht gezandstraald met 27-µm aluminiumoxide en gereinigd met alcohol alvorens te worden gesilaniseerd met G-Multi PRIMER (GC). De Initial LiSi Press-restauraties werden gereinigd met alcohol, gedurende 20 seconden geëtst met waterstoffluoride en vervolgens gesilaniseerd met G-Multi PRIMER. Geprepareerde tandoppervlakken werden gereinigd en lichtjes gezandstraald, gevolgd door selectief etsen met fosforzuur en het aanbrengen van G-CEM ONE Adhesive Enhancing Primer. De definitieve cementatie voor alle glaskeramische - en composietrestauraties werd uitgevoerd met G-CEM ONE (GC).

De zirkoniakroon werd eveneens gereinigd en licht gezandstraald voorafgaand aan de cementatie met G-CEM ONE, wat zorgde voor een betrouwbare hechting aan het sterke keramische substraat.

Occlusie en verticale dimensie

De verticale dimensie van de occlusie (VDO) werd op gecontroleerde wijze verhoogd, waardoor doorlopende beoordeling van de fonetiek, comfort en functionele adaptatie van de patiënt mogelijk was. De nieuwe VDO werd vastgesteld via een faciaal gestuurde workflow die de ideale incisale randpositie bepaalde, met latere verfijningen geleid door de functionele respons van de patiënt. Gezien de vastgestelde interocclusale ruimte en het bruxisme van de patiënt werd gekozen voor een vlakkere occlusale anatomie om interferenties of chippen te beperken. In de achterste regio was duurzame functie prioriteit boven esthetiek, dus werden de occlusale oppervlakken nauwkeurig gepolijst en niet geglazuurd om slijtage te minimaliseren[6,7] (Afb. 7). Het uiteindelijke occlusieschema voorzag in stabiele bilaterale posterieure contacten ondersteund door een anterieure geleiding die posterieure interferenties tijdens excursiebewegingen effectief beperkte. Deze configuratie respecteerde de functionele enveloppe van de patiënt en bevorderde tegelijkertijd een voorspelbare en comfortabele occlusale relatie.

Resultaten

Na voltooiing van de behandeling vertoonde de patiënt een stabiele occlusie op de nieuw ingestelde VDO (Afb. 8). De additieve, minimaal invasieve benadering behield met succes de bestaande tandstructuur en bood tegelijkertijd volledige bedekking van afgesleten occlusievlakken. De esthetiek werd verbeterd door geharmoniseerde anterieure composietlayering (Afb. 9-10), en de posterieure morfologie werd effectief hersteld met behulp van directe, indirecte en semi-indirecte restauraties. Het overwegend gebruik van composiet in de restauratiestrategie ondersteunt het onderhoudsgemak op lange termijn, aangezien composieten eenvoudig te polijsten en te herstellen zijn, en de optie voor stapsgewijze restauratieve verfijning mogelijk maken indien nodig.


9


10

Afb. 9: De natuurlijke oppervlaktemorfologie en textuur waren na de behandeling hersteld. – Afb. 10: Extraoraal aanzicht van voren na de behandeling. De natuurlijke, jeugdige tandlengte en curvatuur werden hersteld, waarbij de bovenste incisieven de welving van de onderlip subtiel volgden en de tanden beter zichtbaar waren tijdens het glimlachen.

Andere klinische gevallen die verband houden met het concept van tandafslijting van GC:

Loomans | Karagianno-poulos | Peumans | Van Styvendael | Martin

Onderhoud en risicobeheer

Het langetermijnsucces van de rehabilitatie werd ondersteund door een op maat gemaakt onderhoudsprogramma. De patiënt kreeg advies over aanpassingen in de voeding die gericht waren op het verminderen van erosie, evenals gedragsbegeleiding om het bruxisme aan te pakken. 'Beschermende therapie' omvatte doorlopend gebruik en periodieke aanpassing van een opbeetplaat om overmatige belasting van de restauraties te beperken. Regelmatige professionele controles werden ingepland om hygiene-ondersteuning te bieden, de aanpassing van de patiënt aan de verhoogde VDO te bewaken en de integriteit van de adhesieve interfaces te behouden, inclusief het naar wens polijsten of herstellen van composietoppervlakken.

Discussie

Deze casus toont aan dat een conservatieve, adhesieve volledige gebitsrehabilitatie ernstige erosieve tandslijtage effectief kan aanpakken met behoud van de tandstructuur. De materialen werden zorgvuldig geselecteerd op basis van hun respectieve indicaties. Het grootste deel van de rehabilitatie werd voltooid met composiet, gekozen vanwege het minimaal invasieve karakter, de kosteneffectiviteit en de uitstekende herstelbaarheid, wat het bijzonder geschikt maakt voor langetermijnonderhoud bij een jonge patiënt. Op tand 26 werd een zirkoniakroon geplaatst om een minimaal invasieve verticale preparatie mogelijk te maken en de sterkte en duurzaamheid te bieden die nodig zijn om deze structureel gecompromitteerde molaar te herstellen. Daarentegen werden de partiële restauraties in het rechterkwadrant van de onderkaak vervaardigd in lithiumdisilicaat, een materiaal dat werd geselecteerd vanwege de betrouwbare adhesieve hechtprestaties en gunstige sterkteprofiel, wat een ideale balans biedt tussen behoud van tandstructuur en functionele levensduur. ■

Referenties

1. Schlueter N, Mulic A, Luka B. Global Prevalence of Erosive Tooth Wear. Monogr Oral Sci. 2025;33:45-71.
2. Lussi A, Carvalho TS. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. Monogr Oral Sci. 2014;25:1-15.
3. Barbour ME, Rees GD. The role of erosion, abrasion and attrition in tooth wear. J Clin Dent. 2006;17(4):88-93.
4. Shellis RP, Addy M. Attrition, Abrasion and Erosion and Their Interactions in Tooth Wear. Monogr Oral Sci. 2025;33:19-31.
5 Loi I, Di Felice A. Biologically oriented preparation technique (BOPT): a new approach for prosthetic restoration of periodontically healthy teeth. Eur J Esthet Dent. 2013 Spring;8(1):10-23.
6. Lawson NC, Janyavula S, Syklawer S, McLaren EA, Burgess JO. Wear of enamel opposing zirconia and lithium disilicate after adjustment, polishing and glazing. J Dent. 2014 Dec;42(12):1586-91.
7. León Velastegui M, Montiel-Company JM, Agustín-Panadero R, Fons-Badal C, Solá-Ruíz MF. Enamel Wear of Antagonist Tooth Caused by Dental Ceramics: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2022 Nov 4;11(21):6547.

GC Europe N.V.
www.gc.dental

Ik ben GC.



Dr Zohaib Ali is gespecialiseerd tandarts-prosthodontist in Greater Manchester en Lancashire, met een klinische focus op de behandeling van gebitsslijtage en esthetisch complexe cases. Zijn praktijk omvat geavanceerde adhesieve tandheelkunde, implantaatprothetiek en volledige gebitsrehabilitatie, met een sterke nadruk op voorspelbare, evidence-based workflows. Hij is werkzaam als senior klinisch docent in de prosthodontie, waar hij actief betrokken is bij het opleiden van postgraduaatspecialisten en het vormgeven van hedendaagse benaderingen binnen het geavanceerde restauratieve onderwijs. Zijn academische interesses omvatten biomimetische restauratieve strategieën, de integratie van digitale en analoge werkstromen en de ontwikkeling van gestructureerde, betrouwbare onderwijskaders. Naast zijn universitaire functie heeft Dr. Ali een drukke verwijspraktijk en geeft hij nationaal en internationaal lezingen via ProsthoWorks en Bio-Emulation. Zijn werk wordt gekenmerkt door een nauwgezette klinische uitvoering, heldere communicatie en een toewijding aan het verhogen van de standaarden binnen de moderne prothetische praktijk.

Dr. Roman Šmucler:

“Tandheelkunde kan technologische verandering niet tegenhouden”

Kunstmatige intelligentie (AI), robotica en digitale werkprocessen veranderen de tandheelkunde ingrijpend en dwingen het vakgebied om opnieuw na te denken over klinische zorg, tandheelkundig onderwijs en de eigen toekomst. Tijdens het FDI World Dental Congress 2026 in Praag (Tsjechië) sprak *Dental Tribune International* met dr. Roman Šmucler, voorzitter van de Tsjechische Tandheelkundige Kamer en medevoorzitter van het wetenschappelijk comité van het congres in Praag, over de toekomst van de tandheelkunde. In dit interview bespreekt hij hoe de beroepsgroep moet omgaan met technologische veranderingen en reflecteert hij op de Tsjechische tandheelkunde, internationale samenwerking en een nauwere integratie met de geneeskunde.



FOTO: ADOBE STOCK • INZETFOTO: ROMAN ŠMUCLER

TEKST: IVETA RAMONAITE,
DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Dr. Šmucler, wat betekent het persoonlijk en professioneel voor u om het FDI World Dental Congress voor de eerste keer in Praag te mogen verwelkomen?

Het is een droom die uitkomt, omdat we hier jarenlang naartoe hebben gewerkt. Soms leek het bijna onmogelijk. Praag is een relatief kleine stad in vergelijking met plaatsen als Shanghai, waar het congres eerder heeft plaatsgevonden, of Mumbai, waar het congres volgend jaar zal plaatsvinden.

Voor mij is het belangrijkste dat mensen het fijn vinden om hier te zijn. Vanaf het begin was ons doel om voor de deelnemers een plezierige en waardevolle ervaring te creëren, een bijeenkomst waarin mensen contact met elkaar konden leggen, actief konden deelnemen en optimaal gebruik konden maken van hun tijd samen. Ik hoop dat we daarin zijn geslaagd.

U heeft eerder gezegd dat tijdens het congres van 2026 ‘de toekomst van de tandheelkunde zichtbaar zal worden’. Welke veranderingen zullen volgens u bepalend zijn voor de toekomst van het vak?

De tandheelkunde verandert volledig. De tandheelkunde die ik heb gestudeerd bestaat nauwelijks nog. De oude filosofie draaide sterk om boren en vullen en om tandheelkunde als een voornamelijk technisch beroep. De Europese traditie is historisch gezien echter meer medisch georiënteerd. Ik heb een opleiding tot arts gevolgd en mijn tandheelkundige opleiding bevatte een aanzienlijke hoeveelheid medische kennis. Die achtergrond wordt steeds nuttiger, omdat de prevalentie van cariës in veel bevolkingsgroepen is afgenomen, terwijl de medische aspecten van de tandheelkunde steeds belangrijker worden.

Een andere belangrijke ontwikkeling is AI. AI heeft enorme vooruitgang geboekt en ik denk dat het in veel situaties uiteindelijk riskant kan worden voor zorgverleners om AI níet te gebruiken. We moeten daarom leren hoe we AI op de juiste manier kunnen inzetten, inclusief inzicht in de ethische aspecten die ermee samenhangen.

We kunnen niet alleen vertrouwen op wat we ons van de universiteit herinneren of op onze individuele klinische ervaring. Iedere patiënt heeft honderden of duizenden individuele kenmerken. AI geeft ons de mogelijkheid om veel meer informatie te analyseren en de zorg te individualiseren in een mate die voorheen onmogelijk was.

Ook robotica zal steeds belangrijker worden. Robots kunnen zorgverleners ondersteunen bij het uitvoeren van bepaalde procedures met een zeer hoge precisie, waaronder onderdelen van implantologische behandelingen. Dit kan de opleiding efficiënter maken en jonge tandartsen helpen om dergelijke procedures sneller op een hoog niveau uit te voeren. De beroepsgroep moet echter actief betrokken blijven bij het vormgeven van deze ontwikkelingen. We kunnen niet simpelweg technologiebedrijven laten bepalen wat de tandheelkunde wordt.

Hoe verandert technologie nu al het tandheelkundig onderwijs en de overdracht van kennis?

De overdracht van kennis verandert aanzienlijk. In het verleden ging wanneer een ervaren hoogleraar overleed, een groot deel van diens kennis verloren. Een deel ervan was vastgelegd in studieboeken, maar veel kennis verdween. Tegenwoordig bieden digitale systemen en AI ons de mogelijkheid om veel meer van de opgebouwde kennis te behouden en te delen.

Ook het onderwijs verandert al. Mijn dochter heeft onlangs haar opleiding Geneeskunde afgerond en tijdens haar laatste studiejaren maakte zij intensief gebruik van AI. Traditioneel onderwijs is soms erg langzaam: iemand kan bijvoorbeeld 90 minuten besteden aan het geven van een conventionele powerpointpresentatie. AI kan intensief met een student samenwerken, in de taal die de student verkiest, vragen stellen en het onderwijs aanpassen aan individuele sterke en zwakke punten.

Ik heb iets vergelijkbaars meegemaakt tijdens een programma aan Harvard University. AI maakte iets wat leek op een persoonlijke tutor mogelijk, aangepast aan de student. Het zou bijzonder moeilijk zijn om een dergelijk niveau van individualisering met uitsluitend menselijke docenten te bieden.

> “Tandheelkunde moet worden beschouwd als onderdeel van de geneeskunde”

Wat zou u willen dat internationale deelnemers begrijpen over de Tsjechische tandheelkunde?

Tsjechië heeft een sterke traditie op het gebied van tandheelkunde en een lange geschiedenis van geneeskunde en hoger onderwijs. Het is een relatief klein land, maar dat betekent niet dat de bijdrage aan de tandheelkunde klein is. Een interessant kenmerk is de relatief jonge gemiddelde leeftijd van de tandartsen hier. Tandheelkunde is een van de meest gewilde studierichtingen in Tsjechië geworden en heeft een aanzienlijke status in de Tsjechische samenleving. Het combineert geneeskunde met handvaardigheid en technisch werk en tandartsen hebben bovendien een grote mate van professionele zelfstandigheid.

Er is ook sprake van sterke concurrentie. Alleen al in Praag is een groot aantal tandartsen werkzaam. Wie succesvol wil zijn, moet zich daarom onderscheiden en een hoog kwaliteitsniveau handhaven.

Welke blijvende erfenis zou u willen dat het congres achterlaat voor de Tsjechische tandheelkunde en voor de beroepsgroep als geheel?

Voor de Tsjechische tandheelkunde hoop ik dat het congres een gevoel van trots creëert. Ik wil dat Tsjechische tandartsen begrijpen dat het feit dat ze uit een relatief klein land komen geen beperking hoeft te zijn voor wat ze kunnen bereiken. Als ze hard werken, kunnen ze buitengewone dingen bereiken.

De tweede belangrijke nalatenschap is internationale samenwerking. Ik was erg blij om hier gewone praktiserende tandartsen (niet alleen academici) contacten te zien leggen met collega's uit verschillende landen.

Voor internationale deelnemers hoop ik dat Praag een zeer positieve persoonlijke herinnering zal blijven. Ik zou ook graag willen dat ze vertrekken met een sterkere boodschap: de tandheelkunde staat op een kruispunt. Als we simpelweg doorgaan met wat we nu doen, kunnen delen van het beroep verouderd raken. De tandheelkunde moet zich ontwikkelen, omdat de wereld om ons heen ongelooflijk snel verandert.

U bent betrokken geweest bij AI-gerelateerde projecten, waaronder door de EU gefinancierd onderzoek. Hoe kunnen deze initiatieven de toekomst van de tandheelkunde beïnvloeden?

Er zijn veel projecten, maar een voorbeeld is een project dat wordt gefinancierd via Horizon Europe, een Europees onderzoeks- en innovatieprogramma. Ik ben samen met prof. Falk Schwendicke en een aantal vooraanstaande Europese instellingen betrokken geweest bij de ontwikkeling van het project. Een van de gebieden waaraan we zullen werken is het gebruik van AI bij de diagnostiek van hoofd-halskanker.

Dit illustreert precies waarom AI zo belangrijk is. Het analyseren van zulke grote hoeveelheden informatie uitsluitend door middel van conventionele menselijke beoordeling is buitengewoon moeilijk.

Tegelijkertijd ontwikkelt consumententechnologie zich uitzonderlijk snel. Ik ben ook betrokken geweest bij de ontwikkeling van AI-ondersteunde tandenborsteltechnologie waarin camera's zijn verwerkt. In de toekomst zouden dergelijke apparaten mogelijk routinematig veranderingen in de mondholte thuis kunnen monitoren.

Dat zou de preventie ingrijpend kunnen veranderen. In plaats van alleen te vragen hoe we ervoor kunnen zorgen dat ieder kind eenmaal per jaar naar de tandarts gaat, kunnen we digitale hulpmiddelen misschien gebruiken voor een snelle triage. Triage is natuurlijk niet hetzelfde als diagnostiek, maar dergelijke systemen kunnen gebieden identificeren die nader onderzoek verdienen. Naarmate de technologie goedkoper en krachtiger wordt, verwacht ik dat dergelijke monitoring steeds meer onderdeel zal worden van het dagelijks leven.

Hoe zou verantwoordelijke digitale transformatie in de tandheelkunde er volgens u uitzien? Welke rol moeten beroepsorganisaties spelen bij het sturen van deze ontwikkeling?

Er zal altijd een verschil bestaan tussen wat beroepsorganisaties idealiter zouden willen en wat er in werkelijkheid gebeurt. Ik ben voorzitter van de werkgroep Digitalisering in de Tandheelkunde van de FDI European Regional Organization. Daar werken we aan beleid en praktische aanbevelingen op het gebied van AI en digitale tandheelkunde. Deze aanbevelingen moeten voortdurend worden aangepast, omdat regelgeving en technologie zo snel veranderen.

De EU AI Act is een voorbeeld van de ontwikkelingen op het gebied van regelgeving waarmee rekening moet worden gehouden. Tegelijkertijd moeten we ervoor oppassen dat we niet te veel reguleren. Overmatige regelgeving zal technologische ontwikkeling niet noodzakelijkerwijs tegenhouden; ze kan echter wel barrières voor innovatie creëren of mensen ertoe aanzetten manieren te zoeken om de regels te omzeilen.

Het belangrijkste is om contact met de werkelijkheid te houden. De tandheelkunde kan technologische verandering niet tegenhouden. Wat beroepsorganisaties kunnen en moeten doen, is veilige richtlijnen bieden voor het gebruik ervan.

Het cruciale onderscheid is tussen AI simpelweg de opdracht geven om bijvoorbeeld ‘een artikel te schrijven’ en AI gebruiken als intellectuele partner die je manier van denken uitdaagt. Ik vind dat laatste buitengewoon waardevol. AI kan erop wijzen dat ik onvoldoende bewijs heb voor een bepaalde uitspraak, voorstellen dat ik iets controleer of een alternatieve interpretatie aandragen.

Mondgezondheid is onlosmakelijk verbonden met de algemene en systemische gezondheid. Wat moet er veranderen om deze verbinding beter tot uiting te laten komen in de dagelijkse zorg en het gezondheidsbeleid?

Voor mij is het zowel vreemd als verdrietig dat deze verbinding überhaupt benadrukt moet worden, omdat die relatie vanzelfsprekend werd gevonden toen ik in Tsjechoslowakije werd opgeleid. Toen ik studeerde, werd tandheelkunde beschouwd als een onderdeel van de geneeskunde en niet als een volledig afzonderlijk vakgebied. Ik denk dat de scheiding tussen tandheelkunde en de rest van de geneeskunde op veel plaatsen te ver is doorgevoerd.

In de gezondheidszorg waar we naartoe bewegen, wordt een beperkte, uitsluitend technische opvatting van tandheelkunde steeds moeilijker te verdedigen, omdat veel van de puur technische taken geautomatiseerd zullen worden. Medische kennis zal daarom binnen de tandheelkunde nog belangrijker worden.

Voor mij zou er uiteindelijk geen fundamentele scheiding moeten bestaan tussen tandartsen, KNO-artsen en andere artsen. Het zijn verschillende medische specialismen, maar ze behandelen dezelfde patiënt en zouden moeten functioneren binnen hetzelfde gezondheidszorgsysteem.

Mondgezondheid kan niet worden losgekoppeld van de algemene gezondheid. Tandheelkunde moet worden beschouwd als onderdeel van de geneeskunde. ■



FOTO: ADOBESTOCK

Een nieuw onderzoek wijst op een mogelijk verband tussen schermtijd, slaapstoornissen en een slechtere mondgezondheid bij kinderen en adolescenten.

Verband tussen schermtijd, slaap en mondgezondheid bij tieners

Uit eerder onderzoek is gebleken dat kinderen en adolescenten die meer tijd doorbrengen op smartphones en andere schermen, vaker te maken hebben met een slechtere mondgezondheid, waaronder een hogere prevalentie van cariës.

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

In een nieuw artikel stellen onderzoekers uit India dat schermgebruik, slaapstoornissen en cariës mogelijk met elkaar samenhangen via gedragsmatige en biologische processen. Daarnaast wijzen zij op een nieuw aandachtspunt binnen de preventieve gezondheidszorg: digitaal welzijn.

De onderzoeken die in het artikel worden besproken, laten een verband zien tussen langdurig schermgebruik en meer cariës, tandplak en tandvleesontstekingen. Een van deze onderzoeken, een dwarsdoorsnedeonderzoek uit 2026 onder adolescenten in Turkije, toonde eveneens een verband aan tussen meer dagelijkse schermtijd en een hogere consumptie van cariësbevorderende voedingsmiddelen. Ook bleek dat de jongeren die meer tijd doorbrachten achter een scherm minder vaak hun tanden poetsten.

De onderzoekers suggereren daarom dat een mogelijke verklaring voor het verband tussen schermtijd en cariës te maken heeft met gedrag. Langdurig schermgebruik kan samengaan met het vaker eten van suikerrijke tussendoortjes en het drinken van suikerhoudende dranken, minder regelmatige eetmomenten en een minder goede mondhygiëne. Ook merken zij op dat schermgebruik in de avonduren in verband wordt gebracht met later naar bed gaan. Hierdoor kan er minder gelegenheid zijn om voor het slapengaan de tanden te poetsen.

De onderzoekers benadrukken echter dat het verband tussen schermgebruik en mondgezondheid ook beïnvloed kan worden door andere factoren, zoals de sociaaleconomische omstandigheden, ouderlijk toezicht en lichamelijke activiteit. Volgens de auteurs kan slaap eveneens een belangrijke rol spelen. Zij bespreken wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat onvoldoende of onregelmatige slaap samenhangt met een verhoogd risico op cariës. De biologische mechanismen hierachter worden nog niet volledig begrepen, maar de onderzoekers wijzen op mogelijke veranderingen in de speekselproductie, de samenstelling en bufferende werking van speeksel, de regulatie van de eetlust en de werking van het immuunsysteem. Ook merken zij op dat vermoeidheid ertoe kan leiden dat kinderen minder geneigd zijn om regelmatig hun tanden te poetsen. Daarnaast stellen zij dat de relatie mogelijk twee kanten op werkt: tandpijn en gebitsproblemen kunnen namelijk op hun beurt de slaap verstoren.

In plaats van schermtijd, slaap en mondgezondheid afzonderlijk te bekijken, pleiten de auteurs voor een meer geïntegreerde aanpak van de mondgezondheid bij adolescenten. Nu digitale technologie een steeds groter onderdeel vormt van het dagelijks leven van jongeren, is het zaak om naast de bestaande preventieve maatregelen ook aandacht te besteden aan digitaal welzijn en goede slaaphygiëne.

Het artikel, getiteld 'Screen time, sleep disturbances, and dental caries in adolescents and young children: An emerging public health concern', werd op 16 september 2026 online gepubliceerd in *Frontiers in Oral Health*. ■

WEETJE

Het gebit van de Zonnekoning

Zonnekoning Lodewijk XIV beschouwde zichzelf weliswaar als het stralende middelpunt van Frankrijk, maar kampte zijn hele leven met een slecht gebit. Bij zijn geboorte waren al twee tijdelijke incisieven doorgebroken en vanaf jonge leeftijd had hij veel cariës, wat waarschijnlijk de oorzaak was voor zijn chronische mondklachten.

TEKST: SUZANNE LOOHUIS

Na een slecht uitgevoerde tandextractie in 1685, toen Lodewijk een veertiger was, kreeg hij een chronische ontsteking die behalve voor veel pijn ook zorgde voor een stinkende adem en een vieze smaak. Daarop werd besloten alle gebitselementen in de bovenkaak te extraheren – waarom is niet bekend. Dit leidde tot een ernstig botdefect en oroantrale communicatie. Na de ingreep kon de koning niet meer goed kauwen, kreeg hij darmproblemen en was zelfs drinken lastig. Wellicht kreeg hij daarop een gebitsprothese, maar de kwaliteit van die prothesen liet in de zeventiende eeuw nog veel te wensen over.

Op portretten uit deze periode zijn de gevolgen van Lodewijks mondproblemen duidelijk te zien: een ingevallen bovenlip, kenmerken die passen bij een sterk gereduceerde edentate bovenkaak en zakkende mondhoeken. ■

BRON: M.A.J. EIJKMAN (2012). DE MONDPROBLEMEN VAN ZONNEKONING LODEWIJK XIV. *NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR TANDHEELKUNDE*, 119: 377-378.



Lodewijk XIV, portret door Hyacinthe Rigaud (1701).



FOTO: ADOBE STOCK

3,6 keer meer risico op oogschade voor tandartsen

Tandartsen zitten tijdens hun werk gedurende lange periodes onder gerichte lichtbronnen, vaak zonder oogbescherming. Dit is uiteraard essentieel voor het precisiewerk dat tandheelkunde vereist, maar geeft wel een verhoogd risico op oogschade en bepaalde gezichtsstoornissen, zoals maculadegeneratie (lekkende of afwijkende bloedvaatjes achter het netvlies) en glaucoom (hoge oogdruk).

Op 13 februari 2026 publiceerde het *International Journal of Oral Science* een onderzoek naar de effecten van langdurige blootstelling aan dentaal licht. Chinese onderzoekers aan de Sichuan University gingen na hoe de verlichting bijdraagt aan netvliesbeschadiging en wat de oorzaak daarvan is: "We wilden bepalen hoe chronische fotobeschadiging door tandheelkundige lichtbronnen de stabiliteit van de bloed-retinale barrière en de microvasculaire omgeving van het netvlies beïnvloedt", legt professor Junyu Chen uit.

De bloed-retinale barrière speelt een cruciale rol in het behoud van de homeostase van het netvlies, door de uitwisseling van moleculen tussen de bloedcirculatie en het netvliesweefsel te reguleren. Verstoring van deze barrière kan leiden tot retinal ischemie (een onvoldoende doorstroming in het netvlies), ontsteking en degeneratie van de structuren die betrokken zijn bij het gezichtsvermogen.

Prevalentie gezichtsstoornissen

Bij de studie werden 14.523 personen betrokken, zowel tandartsen als niet-tandartsen, en werd de prevalentie van gezichtsstoornissen tussen beide groepen geanalyseerd. Ook werd experimenteel onderzoek gedaan op ratten. Ratten werden gedurende zes maanden dagelijks 8 uur blootgesteld aan halogeenlicht en wit en blauw LED-licht met verschillende intensiteit (200 en 1000 lux). Vervolgens werden de veranderingen in het netvlies van de ratten onderzocht. Ook werd RNA-sequencing uitgevoerd om moleculaire en inflammatoire verandering in kaart te brengen.

De onderzoekers zagen dat tandartsen een significant hogere prevalentie van gezichtsproblemen hadden dan niet-tandartsen: zo'n 3,6 keer meer risico. Bij het experiment met ratten werd vastgesteld dat vooral blauw en wit LED-licht aanzienlijke netvliesbeschadiging (en dan voornamelijk schade aan het retinale vaatstelsel) veroorzaakte. Bij hogere lichtintensiteiten werd ook meer structurele schade waargenomen aan de netvliescellen en fotoreceptoren.

Risico's beperken

Dit alles suggereert volgens de onderzoekers dat chronische blootstelling aan licht oxidatieve stress creëert, wat leidt tot vaatbeschadiging en ontsteking van de signaleringsroutes en vervolgens een verstoring van de bloed-retinale barrière en dus de degeneratie van het netvlies. Deze beschadiging van de vaten en ontstekingen zijn volgens de onderzoekers de oorzaken van de chronische beschadiging van het netvlies.

Dit heeft belangrijke gevolgen voor de tandartspraktijk. Het verminderen van de lichtintensiteit, het beperken van blauw licht en het verbeteren van verlichtingssystemen kunnen de risico's op gezichtsstoornissen bij tandartsen helpen beperken. Halogeenverlichting met een lagere intensiteit kan zo een alternatief vormen voor veel gebruikte LED-bronnen met hoge intensiteit. ■

BRON: DENTISTNEWS.BE

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

Hoofdredactie
Kees Adolfsen, Anne Doeleman en Suzanne Loohuis

Vaste medewerkers
Casper Bots, Richard Mastwijk, Erik Ranzijn, Nurcan Yilmaz en Sandra Veen

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, mondhygiënisten, tandtechnici, tandprothetici, assisterenden 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.

NARCOSE IN UW EIGEN (TANDARTS)PRAKTIJK ZONDER (DURE) INVESTERINGEN

Steeds meer cliënten vragen om behandeling onder narcose.
AIC Services brengt de complete anesthesiologische zorg naar u toe.

Anesthesia & Intensive Care Services B.V.

AIC is gespecialiseerd in het verzorgen van anesthesiologische zorg in tandartspraktijken en perifere/kaakchirurgische klinieken. Niet elke praktijk heeft zelf de middelen om narcosebehandelingen aan te bieden, maar steeds meer cliënten vragen erom.

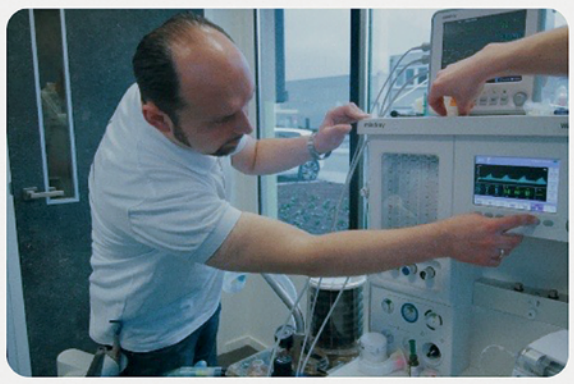
AIC Services maakt het mogelijk in elke praktijk, zonder dat u ook maar enige investering hoeft te doen in uw praktijk/kliniek.

Met ons **VOLWAARDIG MOBIEL ANESTHESIETEAM** inclusief apparatuur, monitoring, medicatie, gasvoorziening, disposables en al het nodige personeel komt AIC op de afgesproken dagen naar u toe en kunnen wij desgewenst tot op 6 behandelkamers tegelijk algehele narcose toedienen aan uw cliënten zónder dat u hoeft te investeren in dure apparatuur of personeel.

“Wij brengen narcose naar de cliënt, niet andersom.”
— Drs. Mustafa Albayrak, anesthesioloog-intensivist & oprichter van AIC.







Hoe werkt het?

🗓️ 1. Kennismakingsgesprek met de anesthesioloog.
🔍 2. Screening van patiënten & voorbereiding behandelingen.
🦷 3. Narcosebehandelingen in uw praktijk met volledige bewaking.

Voor wie?

Voor angstige patiënten, kinderen, autistische cliënten, mensen met trauma of behandelmoeheid, en steeds meer patiënten die kiezen voor het gemak, ze gaan slapen en worden wakker met een mooi gebit.

Kwaliteit bevestigd.

AIC Services BV is met succes gevisiteerd door de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA). Deze onafhankelijke toetsing bevestigt dat wij werken volgens de hoogste standaarden. Voor behandelaren betekent dit een betrouwbare partner in zorgverlening.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ANESTHESIOLOGIE

Benieuwd wat narcosebehandelingen in uw praktijk kunnen betekenen?

Neem gerust contact met ons op voor een gratis en vrijblijvende offerte. Wij komen graag bij u langs om de situatie in uw praktijk te bekijken en samen de wensen en mogelijkheden te bespreken - geheel zonder verplichtingen.

AIC Services is actief in heel Nederland & België.
Bezoek onze website voor meer informatie.

ontdek onze werkwijze

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

kuraray

Noritake

KATANA™

AVENCIA™ Block 2



Kiezen tussen
nat of droog frezen?
Niet nodig

HF-etsen?
Niet nodig

Karakteriseren?
Niet nodig

Sinteren of bakken?
Niet nodig

Wachttijd?
Niet nodig

Oven?
Niet nodig

Glazuren?
Niet nodig

Polijstpasta?
Niet nodig

Silaan?
Niet nodig*

Andere stappen?
Niet nodig

Frezen.
Polijsten.
Cementeren.
KLAAR.

VOOR MEER INFORMATIE

*Niet nodig bij gebruik van PANAVIA™ SA Cement Universal

Kuraray Europe Benelux, Margadantstraat 20, 1976 DN IJmuiden, Nederland, +31 (0) 255 523 701, infobenelux@kuraray.com, kurarayнoritake.eu
Hans Baars +31 (0)6 10 21 59 74, hans.baars@kuraray.com
Willem-Jan van Baarsen +31 (0)6 23 93 68 38, willem-jan.vanbaarsen@kuraray.com