DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper

NEDERLANDSE EDITIE nl.dental-tribune.com Jaargang 15, nr. 5

INTERVIEW

Psycholoog Liesbeth Woertman: "Perfectie hoort gewoon niet bij mensen"

Pagina 11

ONDERZOEK

Generation R: waarom is er zo'n groot verschil in mondgezondheid van kinderen?

Pagina 15

NIEUWS

Mondzorgalliantie wil betere toegang tot mondzorg

Pagina 17

CASUÏSTIEK

Prof. dr. Marcio Vivan Cardoso: "Bij cementeren van partiële restauraties is schoon oppervlak de eerste voorwaarde"

Pagina 18

De juiste mondzorg op het juiste moment

AMERSFOORT – Door het tekort aan mondzorgverleners dreigen steeds meer mensen in Nederland niet de gewenste mondzorg te krijgen. Dat stelt de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT). Het is daarom belangrijk dat mondzorgverleners nauwer gaan samenwerken, vindt de organisatie. De Zorgstandaard Tandprothetische Zorg die ze presenteert op een jubileumcongres moet hier in voorzien.

In de Zorgstandaard, die de ONT in samenwerking met de KNMT en NVM-mondhygiënisten heeft opgesteld, neemt de ONT de patiënt als vertrekpunt. Die mag van tandartsen, mondhygiënisten en tandprothetici de juiste mondzorg op het juiste moment verwachten. Tandprothetici kunnen helpen de druk op de mondzorg te verlichten als het gaat om het aanmeten en vervaardigen van kunstgebitten. Want daarin zijn zij dé expert, stelt de ONT.

De ONT ziet dat steeds meer patiënten te maken krijgen met drie typen mondzorgverleners: de tandprotheticus, de tandarts en de mondhygiënist. Dat is bijvoorbeeld zo als een patiënt deels eigen tanden en kiezen heeft en deels een gebitsprothese. "Hierin is de reis van de patiënt in de mondzorg leidend: welke zorg heeft iemand op welk moment nodig?," stelt de organisatie in een persbericht. Idealiter stemmen de mondzorgverleners dat in goed overleg met de patiënt op elkaar af, zodat de patiënt persoonsgerichte zorg van de beste kwaliteit krijgt.

De ongeveer vijfhonderd tandprothetici die Nederland telt, spelen daarin een onmisbare rol. Zij zijn de specialisten voor kunstgebitten en andere voorzieningen die uit de mond kunnen worden genomen. Daarmee zijn ze betrokken bij veel patiënten. Een op de vijf volwassenen in Nederland, bijna drie miljoen mensen, draagt een (gedeeltelijk) kunstgebit.

De Zorgstandaard Tandprothetische Zorg werd vrijdag 23 mei gepresenteerd op het 50-jarig jubileumcongres van de ONT in Amersfoort. Op dat congres was internist Marcel Levi een van de sprekers die het belang van een goed gebit benadrukte: "Bij kwaliteit van leven wordt vaak gedacht aan zaken als bloeddruk of cholesterolgehalte. Maar soms is het gebit meer bepalend. Kan iemand eten zonder pijn en ander ongemak? Kan iemand vol vertrouwen sociale contacten hebben?"

Een andere spreker die dat benadrukte, was neuropsycholoog Erik Scherder: "Ons kauwvermogen heeft een positieve invloed op bijvoorbeeld het geheugen en het concentratievermogen."

Bron: ONT

INTERVIEW

Prof. dr. Albert Feilzer bij zijn afscheid als bestuurder en wetenschapper

"Waarom doen we niet veel meer gericht onderzoek naar cariës?"

Lees verder op pagina 5

FOTO: ROBIN CHANGIR

Problemen rond de Wtza voor veel mondzorgpraktijken

Verplaats deadline jaarverantwoording naar 31 oktober

Het 'microregime' lost de problemen van kleine mondzorgverleners met de openbare jaarverantwoording slechts beperkt op, betoogden we vorig jaar oktober in Dental Tribune. Ook benadrukten we dat de uitstelregelingen van VWS en NZa niet meer dan uitstel van executie opleveren. Veel zorgaanbieders haalden de deadline van 1 juni dit jaar inderdaad niet. Tijd voor een structurele oplossing dus!

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

Veel mondzorgpraktijken laten de jaarrekening opmaken door in de zorg gespecialiseerde accountants- en administratiekantoren. Deze kantoren hebben het hele jaar nodig om dit werk voor al hun klanten af te ronden. Maar door de deadline van aanlevering van de openbare jaarverantwoording (1 juni) moeten zij dit opeens in een heel korte periode van zo'n vier maanden doen. Dit is onmogelijk, meerdere gespecialiseerde kantoren moesten hierdoor zelfs besluiten tot een klantenstop. Het ministerie van VWS en de NZa zijn van deze problematiek op de hoogte, want al vanaf de introductie van de Wtza en de jaarverantwoordingsplicht hebben deze kantoren op alle mogelijke manieren aangetoond niet iedereen tijdig te kunnen helpen. Veel zorgaanbieders zijn hierdoor niet in staat op tijd aan de jaarverantwoording te voldoen.

Alarmerende voorspelling

Uit informatie van de NZa blijkt dat minimaal 25.000 zorgaanbieders de openbare jaarverantwoording over boekjaar 2024 moeten afleggen. Van hen leverden zo'n 10.000 voor 1 juni 2025 daadwerkelijk aan. Dat betekent dus dat 15.000 zorgaanbieders níet in staat bleken voor 1 juni aan te leveren. Van die groep kregen ongeveer 9.000 zorgaanbieders op hun verzoek uitstel en de overige 6.000 (bijna 25%) konden

Lees verder op pagina 9

NIEUW

Biodentine™ XP

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

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

Bio Bulk-Fill Procedure

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

Ontdek de lanceringsactie

Vraag vrijblijvend een demo
Scan de QR-code hiernaast

septodont

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

www.septodont.nl - www.biodentinexp.nl

Campagne 'Tand eruit? Tand erin!'

UTRECHT – In het voorjaar en de zomer spelen kinderen weer meer buiten en kan het zo maar gebeuren dat een kind een tand verliest bij sporten, buitenspelen of stoeien. Op 11 juni startte daarom de campagne 'Tand eruit? Tand erin!' om direct de juiste zorg te verlenen als dat gebeurt.

Met deze campagne willen initiatiefnemers de KNMT en de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie (NVvE) mondzorgverleners ondersteunen bij de voorlichting aan patiënten. Daarvoor hebben ze diverse campagnematerialen ontwikkeld. Zo zijn er een diaserie en een animatievideo die op een tv-scherm in de wachtkamer of op sociale media vertoond kunnen worden. Verder zijn er een poster om op te hangen en een visual voor op sociale media. En wie een KNMT Praktijkwebsite via Uw Zorg Online heeft, kan een speciale campagnewidget op de eigen website activeren.
De campagne is ook zichtbaar op de patiëntenwebsite Allesoverhetgebit.nl: Wat moet je doen als er een tand uit valt of geslagen wordt?

Bron: KNMT

Podcast en masterclass over de relatie mondgezondheid en algemene gezondheid

FOTO: IVOCLAR

HOOFDDORP – Tandheelkundig bedrijf Ivoclar besteedt in een podcast en een masterclass aandacht aan de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Het bedrijf doet dit in nauwe samenwerking met tandarts Didi Wittekoek (l) en cardioloog Janneke Wittekoek (r).

Van de podcast 'Wittekoek & Wittekoek' (onder meer te beluisteren via Spotify) zijn inmiddels verschillende afleveringen gemaakt. De schoonzussen Wittekoek spreken er bijvoorbeeld met gasten over de connectie tussen mondgezondheid en algehele gezondheid. "Met de podcast laten we zien hoe een multidisciplinaire aanpak bijdraagt aan de algehele gezondheid. Mondzorgprofessionals zien patiënten vaak regelmatig en eerder dan de huisarts, daar ligt een kans om gezondheidsproblemen vroeg te signaleren en zelfs te voorkomen," zegt dr. Janneke Wittekoek in een persbericht van Ivoclar. Didi Wittekoek-Landman vult dit aan met: "Ik ben ontzettend blij dat we met deze podcast een platform hebben gecreëerd waar we belangrijke thema's, zoals de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid, op een toegankelijke manier kunnen bespreken. Met de bijdrage van inspirerende gasten hopen we onze luisteraars te blijven boeien en aan te zetten tot bewustwording."
Er zijn meer afleveringen in de maak. De nieuwe afleveringen gaan dieper in op actuele thema's zoals de preventieve kracht van mondzorg. De combinatie van twee perspectieven, medisch en tandheelkundig, maakt de inhoud volgens Ivoclar uniek en waardevol voor elke mond- en zorgprofessional.
In de masterclass 'Met het Hart op de Tong', die de Ivoclar Academy op zaterdag 11 oktober organiseert, gaan Didi en Janneke Wittekoek in op de wetenschappelijke verbanden tussen mondgezondheid en hartgezondheid. De deelnemers krijgen tips over hoe patiënten effectiever voorgelicht kunnen worden over preventieve zorg. Ook casuïstiek en praktijkgerichte toepassingen komen ruim aan bod. Aanmelden kan via Masterclass Janneke & Didi of www.ivoclar.com/nl_bx/academy/events/masterclass-janneke-didi.

Bron: Ivoclar

Quiz

1. **Onderzoek heeft aangetoond dat een antibioticumkuur bij een endodontisch behandeld gebitselement met een periapicale ontsteking even goede behandelresultaten oplevert als periapicale chirurgie.**
O Juist
O Onjuist

2. **Bij welke gebitselementen wordt apicale chirurgie afgeraden?**
a. met meer dan één wortel.
b. waarvan de wortel meer dan één kanaal heeft.
c. met een wortelstift.
d. met een klein functioneel worteloppervlak.

Antwoorden op pagina 22.

Mijden van de tandarts vanwege geld

DEN HAAG – Mensen in een huishouden met een lagere welvaart zeggen vaker dan mensen met een hogere welvaart dat ze een bezoek aan de tandarts hebben vermeden of uitgesteld omdat het te duur is. Dat blijkt uit onderzoek dat het CBS in 2024 deed naar de beleving van kansenongelijkheid.

Bezoek aan zorgverlener vermeden vanwege kosten, 2024

Heeft in de afgelopen 12 maanden een bezoek aan zorgverlener vermeden of uitgesteld omdat het te duur is.	Tandarts (% van mensen van 18 jaar of ouder)	Huisarts (% van mensen van 18 jaar of ouder)
Totaal	22,9	10,9
Welvaart huishouden		
1e 25%-groep (laagste welvaart)	32,9	15,4
2e 25%-groep	25,8	13,2
3e 25%-groep	22	11,1
4e 25%-groep (hoogste welvaart)	15,2	7,2

Van de volwassenen in de laagste welvaartsgroep geeft 33 procent aan dat ze zorg mijden, twee keer zo veel als onder degenen in de hoogste welvaartsgroep (15 procent). Zie de tabel.
De KNMT geeft in een reactie op het onderzoek aan dat de Mondzorgalliantie, het samenwerkingsverband van de KNMT, NVM-mondhygiënisten en ONT, zich al langer ernstige zorgen maakt over mensen die de tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus mijden vanwege kosten. Het langdurig verstoken blijven van mondzorg leidt volgens de alliantie tot (sociaal) ongemak, pijn en soms ernstige complicaties. De organisaties vinden dat de toegang tot mondzorg van financieel kwetsbaren nu onvoldoende is en lokaal erg verschilt. Het gebrek aan uniformiteit levert onwenselijke gezondheidsverschillen en onnodige gezondheidsschade op, stelt de alliantie. "Voor mondzorg mag je niet afhankelijk zijn van liefdadigheid; mondzorg is noodzakelijke zorg."
De Mondzorgalliantie roept het kabinet op om snel met voorstellen voor een regeling te komen die specifiek bedoeld is voor mensen in financieel kwetsbare posities; iedereen in deze groep dezelfde rechten biedt en ervoor zorgt dat deze groep toegang krijgt tot mondzorg en niet slechts tot noodhulp. "Goede mondzorg moet bereikbaar zijn voor iedereen."

Bronnen: CBS en KNMT

Centraal Bureau voor de Statistiek

De stemming

Vertel je patiënten dat cariës een ziekte is?.

Vertel je patiënten dat cariës een ziekte is?

De WHO stelt dat er veel meer gericht onderzoek nodig is naar cariës, de meest voorkomende, niet-overdraagbare, niet-besmettelijke ziekte ter wereld. De tandarts zou cariës ook als ziekte moeten verkopen, maar doet dat nu te weinig, aldus prof. dr. Albert Feilzer in een interview met *Dental Tribune* naar aanleiding van zijn afscheid bij ACTA. "Veel mondzorgverleners vertellen patiënten niet dat cariës een ziekte is die blijft. De illusie is dat als een gaatje is gevuld, je niet meer ziek bent."

Dental Tribune vroeg aan haar lezers of ze hun patiënten vertellen dat cariës een ziekte is. Daarop reageerde een bescheiden aantal van 25 respondenten. Een meerderheid van 60% blijkt dat niet te doen, 40% wel. Wellicht een goede aanleiding om een stevige discussie over te voeren onder tandartsen en mondhygiënisten.

Het interview met Albert Feilzer is te vinden op p. 5.

Column
Reinier van de Vrie

Toevallige ontmoetingen

Uit een ooghoek had ik al een bekend gezicht gezien bij het instappen in het vliegtuig naar Tenerife, maar ik kon het niet direct thuisbrengen. Tijdens de vlucht had ik genoeg tijd om de radertjes in mijn hersenen te laten draaien en kwam ik erop dat het tandarts Erik de Maijer uit Noord-Holland moest zijn. Ik had hem al eens gesproken op een congres over tandengoud, dat hij verzamelt voor borstkankeronderzoek. Bij het ophalen van de bagage bleek dat Erik mij ook had gespot. Toevalligerwijs bleken we – met onze partners – buren te zijn op dezelfde vakantielocatie.
Helemaal toevallig was het toen ik op een Kroatisch vakantiepark door de Nederlandse buurman werd herkend van een portretfoto in een tandheelkundig blad en van het hardloopshirtje met het logo van Elysee Dental. Nog weer andere keren werd ik in een Amelands restaurant aangesproken door een mondhygieniste en in een Portugese kerk door een tandartsstel. Zulke ontmoetingen zijn natuurlijk heel leuk, al zou ik niet dagelijks en voortdurend herkend willen worden. BN'ers kunnen niet normaal over straat of op een terras zitten zonder zich te moeten onderwerpen aan foto's, selfies of een telefoongesprek door een vreemde telefoon die hen wordt voorgehouden. Nee, laat mij in het normale leven maar gewoon mijn werk doen op mijn zolderkamer. Ik word niet graag gestoord in mijn werkproces. Zo gruw ik nog van die keer dat ik op een persconferentie door een cameraman gefilmd werd tijdens het aantekeningen maken. Ik begrijp best dat die ook wat beeldmateriaal moest schieten, maar waarom juist bij mij over de schouder? Ik heb niet het idee dat hij uiteindelijk veel kon met mijn gekriebel. Achteraf moet ik zelf altijd de nodige moeite doen om het nog te kunnen ontcijferen.

Als tandarts of mondhygiënist word je natuurlijk, zeker in je eigen omgeving, ook regelmatig herkend door patiënten. Dat levert vast weleens ongemakkelijke situaties op. Wil je gezien worden, hoe begroet je, maak je een praatje, hoor je een pijnklacht aan...? En wat als ze gaan meekijken met wat je allemaal in je winkelwagentje deponeert? Mondzorgverleners moeten natuurlijk ook eten. En die houden ook wel van iets wat niet per definitie heel gezond voor hun gebit is.
Nee, toevallige ontmoetingen hebben twee kanten. Met Erik en zijn vrouw hebben we op Tenerife een paar keer heel gezellig gegeten en nog wat zaken gedaan over kopij over tandengoud. Sindsdien zien we elkaar nu ook nog regelmatig.

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

Mondzorgpraktijk

Starten?
Overnemen?
Groeien?

Dé marketingpartner
in iedere fase van uw praktijk.

Al meer dan 150 praktijken succesvol geholpen!

Neem contact op voor een gratis sparringsessie

TOP PRAKTIJK

Brengt marketing in de praktijk

085 130 35 55

www.toppraktijk.nl

Prof. dr. Albert Feilzer bij zijn afscheid als bestuurder en wetenschapper

Over ondernemen, verantwoordelijkheid nemen en opofferen

Na een meer dan 45-jarige carrière in wetenschap en bestuur bij de UvA, de VU en het samenwerkingsverband ACTA nam prof. dr. Albert Feilzer op vrijdag 20 juni met het college, getiteld 'Tandheelkundige Praktijk en Wetenschap; veranderen als constante' afscheid van de universiteit. Voorafgaand aan dat college blikte Dental Tribune met hem terug op zijn lange carrière en op het werk dat hij nu nog doet voor de SER en het Ivoren Kruis. Met die laatste organisatie wil hij de ziekte cariës de wereld uit krijgen.

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Het valt niet mee om prof. dr. Albert Feilzer in een interviewgareel te krijgen. Als ik hem vraag om met mij terug te blikken op zijn meer dan 45-jarige officiële carrière, stel ik dat hij vast nog wel actief zal blijven. Feilzer, die er relaxt bij zit en rustig de tijd voor het gesprek lijkt te hebben genomen, haakt daar direct op in. Hij zegt over een aantal dagen voor twaalf dagen te vertrekken voor een conferentie in Genève van de International Labour Organization die moet leiden tot een verdrag of standaard voor biologische veiligheid van personeel. Feilzer vertegenwoordigt hierbij de Nederlandse vakbonden. Dat past bij zijn werkzaamheden die hij namens de vakcentrale voor professionals doet in de SER-Subcommissie Grenswaarden Stoffen op de Werkplek, die over gevaarlijke stoffen gaat. Als wetenschapper en hoogleraar materiaalkunde heeft hij hierover veel kennis opgebouwd. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over bijwerkingen van vullingen of over het mengen van Methylmethacrylaat (MMA) als poedervloeistof wat tandartsen regelmatig doen. Bij het openen van een flesje is de concentratie al hoger dan is toegestaan in je praktijk, geeft Feilzer aan.

De conferentie richt zich op het opstellen van een internationale conventie over preventie en bescherming tegen biologische gevaren in de werkomgeving: wanneer moeten persoonlijke beschermingsmaatregelen getroffen worden en wat zijn de taken en verplichtingen hierin van werkgever, werknemer en overheid. "Niet veel mensen hebben verstand van deze materie in combinatie met een soort sensor voor hoe je dit in tripartiet overleg moet aanpakken. Daarom ben ik ervoor gevraagd," vermoedt Feilzer.

Allergieën

Het uitstapje naar Genève doet hem denken aan het verwijsspreekuur over omgaan met bijwerkingen dat hij in 2007 startte. Feilzer: "Dat is ontstaan uit de vraag van een patiënt die op advies van een of andere alternatieve genezer zijn amalgaamvullingen wilde laten verwijderen, iets waarvoor zijn tandarts niets voelde. Bij weigering had de tandarts een verstoorde relatie met zijn patiënt, maar bij toegeven zou hij impliciet de alternatieve diagnostiek erkennen. Wanneer het dan niet werkt, is de tandarts toch verantwoordelijk. Door zich te verschuilen achter mij als expert, kon de relatie behouden blijven. In dat soort gevallen blijkt er later toch sprake te zijn van een onderliggende oorzaak als bijvoorbeeld een allergie voor nikkel of goud."

Ervaringen als deze hebben veel invloed gehad op zijn onderzoek. Als wetenschapper heeft Feilzer zich veel beziggehouden met onderzoek naar allergieën voor in de mond verwerkte metalen, bijvoorbeeld palladium, nikkel, kwik, zilver en goud. Zijn ervaring is dat bijvoorbeeld heel veel vrouwen die problemen met borstimplantaten ervaren ook allergisch reageren op kunststoffen in de mond. Mogelijk leidt hun verstoorde immuunsysteem sneller tot ontwikkeling van allergische reacties op andere stoffen. Ze verdragen dan soms niet eens een orthodontisch spalkje dat 8-14% nikkel bevat. Momenteel is een van de grootste problemen van met name voor vrouwen een allergie voor hydroxymethylacrylaat (HEMA) in nagelgel, waardoor ze bijna geen tandheelkundige behandeling meer verdragen. Feilzer heeft daarover al eens een artikel geschreven voor *Beauty Journal,* maar tot zijn leedwezen moet hij constateren dat de influencers die commentaar geven over dit onderwerp meer invloed hebben dan hij als wetenschapper.

> Als het misgaat, blijf ik niet naast de kant staan

Reizen

Zijn bezoek aan Genève doet Feilzer ook denken aan de vele reizen die hij in zijn werk in binnen- en buitenland heeft kunnen maken. "Ik heb reizen altijd gezien als een enorme toegevoegde waarde. Je komt op plekken waar je anders niet zou komen, het is heel stimulerend om allerlei mensen fysiek te ontmoeten en het verbreedt je inzichten." Tot zijn spijt mag er van universiteiten steeds minder worden gereisd en moet het allemaal online. De universiteit, die als werkgever moet concurreren met inkomens in vrijgevestigde praktijken staat daardoor voor de grote uitdaging om andere manieren te vinden om aantrekkelijk te blijven voor tandarts-docenten en -wetenschappers. Vervolgens noemt Feilzer dat hij na zijn officiële carrière nog druk bezig is als voorzitter van het Ivoren Kruis. Daar komen we verderop op terug.

Was tandarts-zijn niet genoeg voor je?

Als student deed ik al onderzoek bij materiaalkunde en zo ben ik daar gebleven. Ik wilde graag een academische carrière, maar dat kon bij de UvA alleen als je een eigen praktijk had en klinisch werkte, want de mogelijkheid daartoe was er aan de universiteit te weinig. Ik ben in 1982 afgestudeerd als tandarts, mijn vrouw in 1984. Samen met haar heb ik een eigen praktijk gehad. We zijn beiden ook gepromoveerd, op dezelfde dag zelfs, zij bij de VU en ik bij de UvA. De eerste jaren in mijn praktijk heb ik dus gecombineerd met academisch werk. Na zestien jaar merkte ik dat ik niet allebei helemaal goed kon doen. Ik kreeg toen de kans om fulltime directeur Zorg bij ACTA te worden. Een jaar later werd ik bijzonder hoogleraar voor de KNMT en weer een jaar later parttime bijzonder hoogleraar bij de Rotterdam School of Management van de Erasmus Universiteit. Het bijzonder hoogleraarschap van de KNMT heb ik te danken aan mijn bijdrage aan het tot stand komen van Internationale ISO-standaarden rond technologische ontwikkelingen voor onder meer de amalgaamafscheider, de waterkwaliteit van tandheelkundige units en het schoonmaken en steriliseren met hand- en hoekstukreinigers. Door in de Internationale Standaardorganisatie (ISO) te participeren, hebben we als KNMT heel veel problemen bij de industrie kunnen neerleggen. Zo kwamen er oplossingen waarmee tandartspraktijken grote professionaliseringsstappen hebben kunnen maken.

En waarom ben je decaan bij ACTA geworden?

Dat was veel verder in mijn carrière. Ik was toen al van bijzonder hoogleraar gewoon hoogleraar geworden. ACTA zocht een paar jaar voor de verhuizing naar de nieuwbouw op de Zuidas een nieuwe decaan. Ik solliciteerde niet, omdat ik vond dat er iemand van buiten moest komen. Na een jaar was er nog niemand gevonden. Met een headhunter had ik in die tijd een gesprek voor een andere vacature bij ACTA. Die vroeg me toen alsnog te solliciteren voor de functie van decaan. Na een heel kort gesprek ben ik toen tegen ieders verwachting in aangenomen. Er moesten veel logistieke en financiële problemen opgelost worden. Ik vond dat ik niet langs de kant kon blijven staan terwijl ik zag dat het misging. Als decaan moet je het dan zelf doen en is het jouw eigen schuld als het niet goed gaat. Ik heb toen die verantwoordelijkheid willen nemen. Dat werd een heel hectische eerste tijd. In de oudbouw waren er bijvoorbeeld 300 wachtkamerplekken voor 250 stoelen, terwijl er in de nieuwbouw maar 90 wachtkamerplekken waren. De inrichting en de logistiek van instrumenten en verbruiksmaterialen, en de logistiek van het sterilisatieproces moesten ook nog helemaal geregeld worden. Het had tot gevolg dat het ongeveer mijn hele eerste termijn van vijf jaar heeft gekost voordat ik aan andere vernieuwingen kon beginnen. De huurkosten op de huidige locatie zijn heel hoog, ACTA kan dat eigenlijk niet aan omdat de financiering van de klinische opleiding ook onderdeel uitmaakt van de toelages die universiteiten van het ministerie van Onderwijs en Wetenschap krijgen. Voor artsen wordt de gehele klinische opleiding, die pas tijdens de specialistenopleiding plaatsvindt, veel ruimer door het ministerie van VWS gefinancierd.

> Influencers hebben vaak meer invloed dan wetenschappers

Ondernemend en verantwoordelijkheid nemen, typeert dat je?

Ja, maar ook wel opofferingsgezind, want met het decanaat heb ik tien jaar van mijn academische carrière gewoon moeten opgegeven. Dat vond ik wel jammer, hoewel ik het decanaat ook leuk vond. Toch is het wel grappig dat ik desondanks tot op dit moment 33 promovendi heb gehad, waarvan 28 tandartsen en 2 tandtechnici, terwijl er nu studenten vanuit veel andere wetenschappelijke disciplines bij tandheelkunde promoveren.

Wat betekent 'verandering als constante' in de titel van je afscheidscollege?

Dat gaat over alle inhoudelijke en maatschappelijke veranderingen. Mijn promotieonderzoek deed ik bijvoorbeeld nog op een x-y recorder, waarmee je ongeveer een gemiddelde kon tekenen en alle grafiekjes voor een publicatie met de hand moest maken. Nu werken we natuurlijk met de computer en kosten dit soort zaken veel minder tijd. In de adhesieve tandheelkunde is de opkomst van composiet ter vervanging van amalgaam een enorme paradigmashift geweest: van *extension for prevention*, naar minimaal invasief. Dat vergt heel anders denken. Er kwamen nieuwe tandkleurige materialen, die een heel nieuw gebied van esthetische tandheelkunde hebben doen ontstaan en implantaten waardoor men

Lees verder op pagina 6

Cv prof. dr. Albert Feilzer

Prof. dr. A. (Albert) Feilzer studeerde tandheelkunde aan de Universiteit van Amsterdam (UvA). Van 1982 tot 1998 combineerde hij zijn werk als algemeen practicus in een eigen groepspraktijk met dat van wetenschappelijk medewerker aan de UvA en ACTA. In 1989 promoveerde hij met het proefschrift *Polymerization Shrinkage Stress in Dental Composite Resin Restorations; an in-vitro investigatio*. Van 1998 tot 2001 was hij directeur Zorg van ACTA en daarnaast wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Tandheelkundige Materiaalwetenschappen. In 1999 werd hij namens de KNMT bijzonder hoogleraar 'Kwaliteit van tandheelkundige materialen, instrumenten en technieken'. In 2003 werd deze leerstoel omgezet in een gewoon hoogleraarschap in de Tandheelkundige Materiaalwetenschappen. Van 2001 tot 2007 was Feilzer tevens bijzonder hoogleraar 'Standaardisatie en Normalisatie' bij de faculteit Bedrijfskunde van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

In 2008 tot 2009 was hij voorzitter van de ACTA-afdeling Functieleer en Restauratieve Tandheelkunde. Van 2009 tot 2019 was hij decaan bij ACTA en werd zijn leerstoel omgezet in Algemene Tandheelkunde bij de UvA en VU. Na die periode werkte hij als gewoon hoogleraar en werd hij interim-voorzitter van de afdeling Restauratieve en Reconstructieve Mondzorg.

Zijn belangrijkste nevenfunctie – sinds 2015 tot heden – is het lidmaatschap van de Commissie Grenswaarden van de Sociaal Economische Raad (SER) en het Capaciteitsorgaan Mondzorg.

Sinds 2018 is Feilzer bestuurslid van het Ivoren Kruis. In 2022 werd hij voorzitter van het bestuur.

prof. dr. Albert Feilzer.

Vervolg van pagina 5

FOTO: ROBJN CHANGIR

Te midden van andere hoogleraren uit de tandheelkunde.

Jammer dat tandtechniek uit de opleiding is

veel meer prothetische mogelijkheden kreeg. Taakdelegatie kwam er met de Wet BIG in de jaren negentig. Infectiepreventie is heel belangrijk geworden. Ik ben opgeleid zonder te werken met handschoenen, mondmasker of spatbril. Het doorspoelen van units en steriliseren van materialen hoort er nu gewoon bij. Wat ik wel heel jammer vind, is dat tandtechniek uit het onderwijs is verdwenen, waarmee veel kennis verloren is gegaan.

Dat klinkt wat dubbel over verandering...

Het kan beter worden als je je bewust bent van wat je vervangt. Met tandtechniek in de opleiding leerde de tandarts heel veel dingen zelf maken. Nu is alles wat een tandarts aan tandtechniek krijgt bijna iets magisch. Een tandarts kent de materialen niet meer, terwijl het nog steeds essentieel is dat hij weet welke materialen hij gebruikt, welke stoffen erin zitten, hoe het product verhardt en hoe hijzelf invloed heeft op het proces van halfproduct naar eindproduct. De producten zijn meestal wel goed, maar de tandarts is *by far* de zwakste schakel in de kwaliteit van het eindproduct.

Is de tandarts van nu niet een stuk beter dan die van veertig jaar geleden?

Ik denk het niet. Een gouden kroon blijft nog steeds *top of the bill* voor wat aansluiting en duurzaamheid betreft. Het is nu allemaal witter dan wit. Digitaal is een ander productieproces, iets constanter van kwaliteit, maar het tipt nog niet aan de echt manueel en technisch begaafde tandartsen van vroeger.

Maar de tandheelkunde als geheel is in veertig toch wel beter geworden?

Wat is beter? We kunnen implantaten leveren. Dat is de *holy grail* geworden, geen ouderwetse bruggen meer, terwijl er een tsunamí van peri-implantitis op ons afkomt. Als 5% van de implantaten daardoor misgaat, moet je vaak op hogere leeftijd chirurgie doen. Kronen, bruggen en protheses op implantaten hebben veel meer onderhoud nodig dan een werkstuk op natuurlijke tanden. Paro is eigenlijk nog steeds niet veel verbeterd. We blijven mensen gek maken met schoonmaken, schoonmaken... en we komen er langzaam achter dat de patiënt er niet zoveel aan kan doen. Net als bij cariës. Veel mondzorgverleners vertellen patiënten niet dat cariës een ziekte is die blijft. De illusie is dat als je vult, je niet meer ziek bent. Uiteindelijk lijkt het erop dat voeding het meest bepalend is voor de vraag of je gaatjes krijgt of niet.

Is er in de zorg zelf te weinig bewustzijn dat cariës een ziekte is?

Ja, en dat geldt ook voor het onderzoek. We doen heel veel onderzoek naar parodontitis en de invloed ervan op de algemene gezondheid. Ik snap dat niet, want volgens mij is ontstoken tandvlees ook algemeen ongezond. Wat is dan iemands algemene gezondheid? Je plaatst je met dergelijke statements in een underdogpositie, zo van: horen wij er toch eigenlijk ook bij? In plaats van uit kracht te reageren. Je moet zoeken naar de oorzaak van ziekten, want die leidt je naar echte preventie en genezing. De echte ziekte is waarschijnlijk dat met de leeftijd de immunologische afweer van de creviculaire vloeistof die door je pockets naar buiten komt vermindert, waardoor daar andere beestjes kunnen gaan leven. Cariës is een ziekte waar de tandplak pathologisch wordt. Speeksel speelt hierin een belangrijke rol; dat bevat ook immunologische afweerstoffen. Als je veel suiker eet, beïnvloedt dat niet alleen de tandplak maar ook je immuunsysteem en mogelijk ook de immunologische afweer van het speeksel. We moeten dieper graven om die ziektes echt te gaan begrijpen. Dat is de reden dat ik nu met het Ivoren Kruis een fonds heb opgezet om onderzoek te stimuleren om cariës de wereld uit te krijgen. Waarom doen we niet veel meer gericht onderzoek naar cariës, de meest voorkomende, niet-overdraagbare, niet-besmettelijke ziekte ter wereld? Dat stelt de WHO. De tandarts zou cariës ook als ziekte moeten verkopen, maar doet dat nu te weinig.

Wordt de zoektocht naar de oorzaak dan te weinig meegenomen?

Ik denk het wel. Bij orale biochemie bij ACTA wordt liever gezocht naar kunstspeeksel voor het verhelpen van een droge mond dan naar wat in speeksel cariës kan voorkomen. De geneeskunde is te veel op zoek naar symptomen en vervolgens genezen. Maar schade aan je tanden kun je niet genezen.

Waarom ben je voorzitter van het Ivoren Kruis geworden en blijf je dat voorlopig nog doen?

Hoe langer je in het vak zit, hoe beter je ziet dat we weliswaar duurzame hulpmiddelen in de mond hebben die soms wel dertig of veertig jaar meegaan, maar dat dit niet voor levenslang is. Ik denk dat de mens langer meegaat dan zijn tanden kunnen hebben. Ook bij het Ivoren Kruis wil ik me nog graag inzetten tegen cariës en andere mondziekten. Dat doe ik nog minimaal 2,5 jaar; dan heb ik er drie termijnen als bestuurder op zitten.

Het Ivoren Kruis zet ook al 115 jaar in op preventie. Maar dat heeft dan kennelijk te weinig opgeleverd?

In Nederland hebben we gedurende de laatste vijftig jaar van de vorige eeuw heel veel bereikt met leren poetsen en fluoridetandpasta. We hebben tegenwoordig in Nederland een andere voedsel- en zorgcultuur waardoor cariës weer wat toeneemt. De voedselindustrie verkoopt gewoon ongezond eten. De armsten eten het slechtst en vertonen het slechtste gedrag. En dan

Bij preventie moeten we nieuwe wegen vinden

denken we ze met *motivational interviewing* tot ander gedrag te kunnen bewegen. Ook als je goed poetst, is het moeilijk om je gebit gezond te houden. We zitten in een te complexe samenleving waarin je er met gedragsverandering niet meer komt en je andere, hardere middelen nodig hebt. We moeten nieuwe wegen gaan vinden, bijvoorbeeld een suikertaks. Maar eigenlijk missen we de Ozempic pil tegen cariës.

Geeft dat als voorvechter van cariës de wereld uit niet een wat machteloos gevoel?

We begrijpen onvoldoende wat in het speeksel aan eiwitten zit, waardoor de een eerder cariës krijgt dan de ander. Daar moeten we naar gaan zoeken. Als we die vinden, kunnen we mogelijk de juiste stoffen toevoegen aan tandpasta. We moeten oplossingen zoeken in samenwerking met bijvoorbeeld de verenigingen voor obesitas en diabetes. Het bewustzijn sluimert wel. Ik ben niet fatalistisch, maar ik erken dat het een flinke uitdaging is.

Wanneer is cariës de wereld uit?

Daar heb je twintig tot dertig jaar voor nodig. Het duurt ontzettend lang voordat veranderingen gemeengoed worden. We moeten nu de juiste onderzoeksrichting initiëren.

Wat heb je in veertig jaar zelf als belangrijkste veranderd in de tandheelkunde?

Mijn promotieonderzoek wordt nog steeds veel geciteerd, omdat het uitlegt hoe je met krimpen van witte vullingen moet omgaan. Dat vind ik niet een heel belangrijke bijdrage. Mijn belangrijkste onderzoek is nog steeds het belang van bijwerkingen van vulmaterialen. Ik heb veel promovendi mogen begeleiden naar een andere vorm van academisch denken en wetenschap bedrijven. In het onderwijs vind ik het belangrijkste dat je mensen helpt groeien. Ik ben best wel laat in mijn carrière echt het belang van preventie gaan inzien. ACTA heeft, hoewel relatief klein, tot een belangrijk instituut in de wereld kunnen uitgroeien. Financieel is ACTA wel kwetsbaar. Wat me onvoldoende is gelukt, is bij ACTA tegen de stroom oproeien om meer naar de essentie van de ziekten die we behandelen te gaan zoeken.

Het meest trots ben ik dat ik met ACTA en de KNMT heb meegeholpen om het richtlijneninstituut KIMO op te richten. *Evidence based* praktijkrichtlijnen zijn essentieel om tandheelkundige zorg te verzekeren, want die verbinden een ziekte en diagnose aan een indicatie. Zonder richtlijnen krijg je cowboygedrag en krijgen mensen kronen waar dat niet nodig is. Ik heb mijn bijdrage daaraan kunnen leveren vanuit mijn bestuurlijke power en mijn inzicht in het veld. Door mijn carrière loopt de draad van tandarts zijn, academicus, hoogleraar, onderzoeker en maatschappelijk betrokken zijn in het veld, de KNMT en het Ivoren Kruis. Ik denk niet dat er een kopie van mij te vinden is. ■

ONDER NARCOSE BEHANDELEN IN UW EIGEN PRAKTIJK?

AIC

Anesthesia & Intensive Care Services

Anesthesia & Intensive Care Services B.V.:

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

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

Tandheelkundige klinieken die behandelingen onder algehele anesthesie willen aanbieden:

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

Bel voor een gratis en vrijblijvende offerte:

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

Anesthesia & Intensive Care Services B.V.

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

KNMT pleit voor betere ondersteuning migrerende tandartsen in Europa

KNMT-voorzitter Hans de Vries op de CED-vergadering in Gdańsk.

GDANSK, POLEN – KNMT-voorzitter Hans de Vries pleit voor betere Europese afstemming op het gebied van opleiding, registratie en integratie van migrerende tandartsen. Dat deed hij tijdens de Algemene Vergadering van de Council of European Dentists (CED) op 23 en 24 mei in het Poolse Gdańsk.

Op de CED-vergadering was het capaciteitstekort aan tandartsen en de daarmee samenhangende trend van migrerende tandartsen in Europa een belangrijk agendapunt. In Nederland is bijvoorbeeld tegen de 30% van de tandartsen buitenslands geschoold. De Vries pleit ervoor om de kwaliteit van de tandheelkunde in het land waar migrerende tandartsen gaan werken te waarborgen. Hij wil dat de Europese beroepsverenigingen van tandartsen meer gaan samenwerken om deze tandartsen beter te ondersteunen.

Volgens De Vries is het van belang dat een migrerende tandarts kennis opdoet van het zorgsysteem van het land waar hij of zij werkt, voldoende taalvaardig is en zich verdiept in de professionele ethiek en communicatievaardigheden die bij het vak horen. Migrerende tandartsen zouden ook structureel voortgezette scholing moeten volgen. Hij kreeg bijval voor deze voorstellen. In de vergadering werd dit onder meer bevestigd door het onderschrijven van het geactualiseerde *CED Statement on Quality of Dentistry across Borders*.

De Vries nam tijdens de vergadering de gelegenheid te baat om het CED-bureau en zijn collega-beroepsorganisaties te bedanken voor hun snelle en doeltreffende ondersteuning om de opleiding Tandheelkunde op zes jaar te houden. Volgens hem is dit resultaat mede te danken aan intensieve samenwerking, zowel nationaal als binnen het Europese netwerk.

Verder werd op de CED-vergadering onder meer afgesproken om in te zetten op de reductie van suikerinname, beperking van het tabaks- en nicotinegebruik (vooral preventie gericht op de jeugd en rookvrije publieke ruimten) en een beleid voor vergrijzing en mondgezondheid dat is afgestemd op EU-beleid. ■

Bron: KNMT

NWVT Hamer-Duyvenszprijs voor Luuk Crins

De NWVT Hamer-Duyvenszprijs voor het beste tandheelkundig proefschrift van het jaar is toegekend aan dr. Luuk A.M.J. Crins voor zijn proefschrift *Restorative Management of Tooth Wear: Minimally invasive restorative treatment approaches.*

De prijs is ingesteld door de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging van Tandartsen (NWVT), die een commissie het beste proefschrift heeft laten selecteren. De commissie vond het proefschrift van Crins het beste in kwaliteit van onderzoek, opzet, uitvoering en impact voor de algemene mondzorg. Crins heeft klinisch hoog relevant onderzoek gedaan in combinatie met mooie klinische studies. Het proefschrift geeft de algemeen practicus duidelijke en heldere informatie over de resultaten van directe en indirecte restauraties om gebitsslijtage te behandelen. Het bevat verder nuttige handvatten voor behandelopties in de algemene praktijk, aldus een persbericht van de NWVT.

Crins deed zijn onderzoek aan het Radboudumc. Zijn promotoren waren prof. dr. B. Loomans en prof. dr. M.C. Huysmans, zijn copromotor was dr. N. Opdam.

De NWVT Hamer-Duyvenszprijs 2024 wordt op 27 september 2025 uitgereikt op het NWVT-jaarcongres. Na de prijsuitreiking zal Crins een presentatie geven over zijn onderzoek. Het NWVT-congres wordt gehouden in Breukelen. Aanmelden voor het congres kan via: www.nwvt.nu/activiteiten. ■

Bron: NWVT

dr. Luuk Crins.

Verlenging KIMO-richtlijnen Antitrombotica en Wortelcariës

UTRECHT – Het KIMO verlengt de geldigheid van de richtlijnen voor Antitrombotica en Wortelcariës met vijf jaar, zo laat het in een persbericht op 18 juni weten.

Een KIMO-richtlijn heeft een geldigheidsduur van vijf jaar. Na die periode wordt gekeken of de richtlijn nog voldoet of dat herziening noodzakelijk is. De klinische praktijkrichtlijnen 'Bloedige ingrepen in de mondzorg, bij patiënten die antitrombotica gebruiken' en 'Wortelcariës bij (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen' uit 2019 zijn volgens het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) nog steeds actueel en behoeven geen herziening. Tot 2029 zijn deze richtlijnen in principe weer geldig, tenzij er tussentijds nieuwe ontwikkelingen zijn.

De richtlijn 'Wortelcariës' is er voor de preventie en de behandeling van wortelcariës (cervicale cariës) bij ouderen. In de richtlijn 'Antitrombotica' komen alle soorten bloedige ingrepen in de mondzorg aan de orde.

Verder geeft het KIMO aan wat de voortgang is voor andere richtlijnen. Zo wordt de richtlijn 'Antibioticumgebruik in de algemene praktijk algemeen' eind juni van kracht. Voor de richtlijn 'Extramurale mondzorg tijdens en na kankerbehandeling' is die datum 1 september. Op 13 oktober volgt dan de richtlijn 'Indicatiestelling intra-orale en panoramische röntgenopnamen', in combinatie met de KNMT-richtlijn 'Radiologie'. De richtlijn 'Diagnostiek en preventie van gebitsslijtage' wordt 17 november geldig. En begin 2026 wordt de herziene richtlijn 'Peri-implantaire ontstekingen' verwacht. ■

Bron: KIMO

Column
Richard Mastwijk

Gordiaanse knoop

De Gordiaanse knoop is een bekende legende uit de Griekse oudheid die de metafoor is geworden voor een niet oplosbaar probleem. De held in kwestie, Alexander de Grote, wist deze knoop naar verluidt wel te ontwarren door hem simpelweg met zijn zwaard doormidden te hakken. Een rigoureuze manier misschien, maar soms vragen problemen om een zekere daadkracht.

Ik wil hier graag een vergelijking maken met het door mij al vaker beschreven gestuntel in box 3 omtrent de pogingen tot reparatie en de nieuwe vormgeving. Met enige regelmaat verschijnen er artikelen in de kranten met onheilspellende koppen. Koppen die berichten over enorme tegenvallende belastingopbrengsten in box 3 en een te verwachten tsunami van bezwaarschriften door belastingplichtigen die zich gedupeerd voelen. Om nog maar niet te spreken van de politieke partijen die voor hun kiezers naar specifieke voordeeltjes op zoek zijn. De bezwaarschiften zullen een gevolg zijn van de definitieve aanslagen die de Belastingdienst zal gaan opleggen over de jaren 2021 en 2022. Na lang wachten op een mogelijke oplossing in de tegenbewijsregeling, dreigt nu de termijn waarbinnen de aanslagen moeten worden opgelegd te gaan verstrijken. Bij de cherrypicking, die nu als gevolg van de uitspraak van de Hoge Raad zal ontstaan, is het de vraag of het veronderstelde fictieve rendement nadeliger uitpakt dan het werkelijk rendement over een jaar. Als dit rendement voortvloeit uit verhuurd onroerend goed wordt bij de bepaling van het werkelijk rendement geen rekening gehouden met de onderhoudskosten. Dit terwijl een waardestijging, mogelijk een gevolg van goed uitgevoerd onderhoud, wel in de heffing van box 3 wordt betrokken.

Door de beroepsorganisatie van belastingadviseurs, het RB, wordt geadviseerd bezwaar aan te tekenen met als gevolg een hoos aan bezwaarschriften. Dit, terwijl de capaciteit van de Belastingdienst al zeer beperkt is. De Tweede Kamer wil de door Hugo de Jonge aangepakte particuliere verhuurder niet verder van zich vervreemden en is voor een aftrek van de onderhoudskosten. De BBB komt met het plan om het onroerend goed onder te brengen in een bv binnen box 2, waarbij de overdrachtsbelasting eenmalig wordt verlaagd van 10,4% naar 2%.

Echter, de begroting van deze coalitie heeft geen ruimte voor dergelijke douceurtjes naast de te verwachten rentevergoeding van geschat € 400 miljoen. Deze rentevergoeding zal moeten worden betaald aan belastingplichtigen die succesvol bezwaar hebben gemaakt tegen de aan hen opgelegde aanslag in box 3. Het lijkt erop dat deze rentevergoeding voor het Ministerie van Financiën als een duveltje uit een doosje komt. Door gebrek aan voortgang en duidelijkheid is de haalbaarheid van de beoogde datum van het Wetsvoorstel werkelijk rendement box 3 per 1 januari 2028 nog maar de vraag. In de tussentijd loopt de teller door en ontstaat er een steeds groter gat in de begroting, die in de vele miljarden loopt. Of de dienstdoende staatssecretaris Tjebbe van Oostenbruggen in staat is deze impasse op een wijze à la Alexander de Grote het hoofd te beiden, valt in hoge mate te betwijfelen.

Richard Mastwijk
van helder consultancy

ADVERTENTIE

Vervolg van pagina 1

zich helemaal niet aan de deadline houden. Onder tandartspraktijken zijn deze percentages vergelijkbaar. Onze alarmerende voorspelling in *Dental Tribune* van vorig jaar is dus uitgekomen.

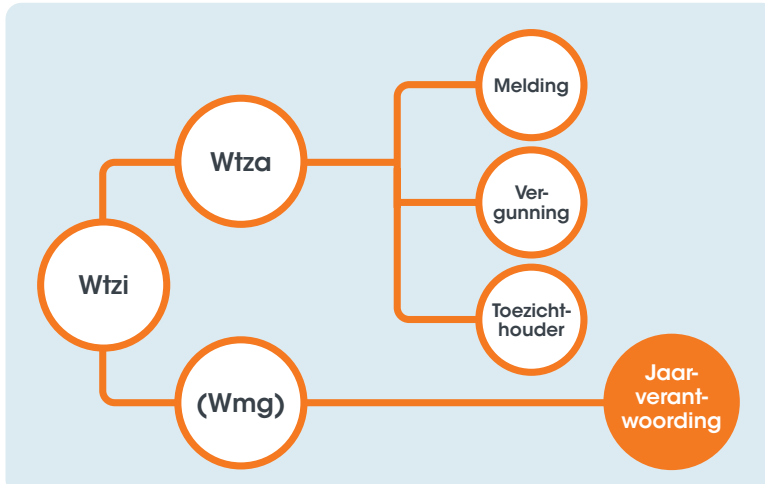
Handhaving op drijfzand

Ook voor de NZa is het belangrijk dat gespecialiseerde kantoren zorgaanbieders helpen met de jaarverantwoording. Deze specialisatie werkt immers kwaliteitsverhogend omdat deze kantoren goed op de hoogte zijn van de eisen. Dat dit nodig is, blijkt ook op jaarverantwoordingzorg.nl. Daar zijn inmiddels diverse jaarrekeningen te vinden, ook van mondzorgpraktijken. Niet alleen van de (vestigingen van) ketens, maar ook van solisten, al dan niet met een bv. Een eerste blik op deze jaarrekeningen laat meteen al diverse fouten en misinterpretaties zien. Van het niet gebruiken van commerciële grondslagen tot het gebruiken van verkeerde verantwoordingsmodellen. Of dit ligt aan een gebrek aan kennis of aan de snelheid van handelen om toch maar de deadline te halen, is niet duidelijk. Maar het is wel duidelijk dat dit voor niemand wenselijk is. Ook niet voor de toezichthouder. In het slechtste geval trekt deze conclusies op basis van niet valide en niet vergelijkbare data. Met alle gevolgen van dien.

Structurele oplossing

Het grootste deel van de zorgaanbieders valt sinds de invoering van de Wtza (2022) formeel onder de verantwoordingsplicht. Deze zorgaanbieders hebben inmiddels al drie uitstelregelingen voorbij zien komen. In de eerste (2022) werd voor de jaren 2023 en 2024 enkele maanden respijt gegeven voor de aanlevering. Vervolgens kwam de zogenoemde pauzeknop van minister Helder (2023) die de verantwoording over boekjaren 2022 en 2023 volledig schrapte. Als laatste verscheen eind 2024 via een NZa-beleidsregel de huidige uitstelregeling voor de praktijken die voor het eerst moeten verantwoorden. Drie keer uitstel... de hoogste tijd voor een structurele regeling dus.

Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)



Figuur 1: Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Categorieën zorgaanbieders voor de jaarverantwoording zorg

	Netto-omzet	Balanstotaal	Personeel
Micro	≤ 0,9	≤ 0,45	< 10 fte
Klein	≤ 15	≤ 7,5	< 50 fte
Middelgroot	≤ 50	≤ 25	< 250 fte
Groot	> 50	> 25	≥ 250 fte
	(mln euro)	(mln euro)	

Een zorgaanbieder die in minimaal twee achtereenvolgende boekjaren voldoet aan twee van de drie vermelde criteria, kwalificeert voor de betreffende categorie.

Figuur 2: Categorieën zorgaanbieders

> Huidige deadline niet haalbaar

Alles op alles

Hoewel alles op alles is gezet om dat wel te realiseren, kreeg geen van de ons bekende gespecialiseerde kantoren alle cijfers voor 1 juni af. Een rondgang leert dat zij gemiddeld niet verder kwamen dan 60% van hun verantwoordingsplichtige klanten. En dat is dan nog meer dan verwacht.

De afgelopen jaren hebben gespecialiseerde kantoren diverse acties op touw gezet om hun klanten te helpen de deadline toch zo veel mogelijk te halen. In plaats van aanlevering achteraf leveren steeds meer zorgaanbieders nu door het jaar heen al gegevens aan. Kantoren namen nieuwe medewerkers aan die met deze gegevens zo veel mogelijk voorbereidend werk doen. En door de tijdbesparing die dat oplevert, kunnen na 1 januari eerder jaarcijfers gemaakt worden. Dit helpt, maar het is bij lange na niet voldoende om voor 1 juni alle jaarcijfers af te ronden.

Deadline naar 31 oktober

Voor het vaststellen van een aanleverdeadline die wél reëel is, biedt de bestaande kwalificatie van zorgaanbieders in de Wmg een goed uitgangspunt. Figuur 2 toont de categorieën met bijbehorende criteria.

De (middel)grote aanbieders hebben in de regel de beschikking over een eigen administratieve afdeling die de cijfers voorbereidt. Denk in de mondzorg bijvoorbeeld aan de tandheelkundige ketens. Bij dergelijke zorgaanbieders is het werk van de accountant veelal beperkt tot het geven van een verklaring. Ook zijn door het jaar heen al tussencontroles gedaan. Deze aanbieders zijn daarom goed in staat om voor 1 juni de jaarverantwoording af te leggen. Bovendien zijn zij dit al gewend: onder de WTZi (de voorloper van de Wtza) moesten zij zich al verantwoorden, en wel voor 1 juni.

Voor veel van de micro- en kleine zorgaanbieders geldt het voorgaande allemaal niet. De eigenaren van de betreffende praktijken besteden het werk uit aan gespecialiseerde accountants- en administratiekantoren. Door de deadline op te schuiven naar 31 oktober kunnen deze kantoren hun klanten wel tijdig helpen. ■

VWS moet nu echt doorpakken

De afgelopen drie jaar hebben we zowel VWS als de NZa laten zien dat een deadline van 1 juni niet haalbaar is. Het besef móet nu doordringen dat het aanpassen van de deadline onvermijdelijk is. Een vierde of vijfde uitstelregeling gaat de geloofwaardigheid van het ministerie geenszins goed doen. En het humeur van de zorgaanbieders en hun dienstverleners evenmin. Daarom zetten we deze zomer de problematiek nog een laatste keer op een rijtje en vertalen die naar een alternatieve deadline. Niet een die zo laat is dat de toezichthouder (NZa) niet dicht genoeg op de bal zit, maar wel eentje die voor kantoren en zorgaanbieders haalbaar is. Waarmee zorgaanbieders tijdig én juist kunnen verantwoorden en de toezichthouder, anders dan nu, wél effectief en efficiënt haar taak kan uitoefenen.

Met het oog daarop adviseren we, samen met veel accountants- en administratiekantoren uit de zorg, VWS een nieuwe deadline van 31 oktober voor kleine eerstelijnszorgaanbieders. Hier gaan wij kort na de zomer graag over in gesprek in Den Haag.

Commerciële grondslagen blijven een probleem

Wij wezen al op de tekortschietende kwaliteit van veel ingediende jaarverantwoordingen. Zo zijn in plaats van commerciële grondslagen vaak fiscale grondslagen toegepast. Dat is natuurlijk veel gemakkelijker en gaat ook veel sneller, want de jaarrekening sluit dan aan bij de belastingaangifte. In dat geval hoeven geen herrekeningen plaats te vinden. Inmiddels is in de praktijk de nodige ervaring opgedaan met het omzetten naar commerciële grondslagen. En dat viel niet mee. Het komt bijvoorbeeld regelmatig voor dat een praktijkpand niet meer wordt afgeschreven omdat de WOZ-waarde al is bereikt. Op commerciële grondslag moet de afschrijving doorlopen tot aan de restwaarde. Dat betekent een herrekening van de afschrijving vanaf het jaar van aanschaf, het doorvoeren van een stelselwijziging, het opvoeren van een latente belastingverplichting en het verwerken van een commercieel en fiscaal verschil. Zelfs voor een gevorderde dienstverlener een klus van uren per klant. Extra inzicht levert het de toezichthouder ook niet op, vaak zelfs integendeel.

Kostenmaatschappen: vreemde eend

Veel tandartspraktijken delen kosten met elkaar door middel van een zogenoemde kostenmaatschap. Een dergelijke 'maatschap' verleent geen zorg en is zelf uiteraard geen zorgaanbieder. Dat zijn de deelnemende tandartspraktijken. De winst- en-verliesrekening van een kostenmaatschap bestaat ook alleen maar uit kosten. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) geeft in een aparte bepaling echter wel degelijk aan dat deze samenwerkingsverbanden ook jaarverantwoordingsplichtig zijn. De verantwoordingsplicht voor deze groep wordt in het veld niet begrepen en om die reden door velen vergeten. Voor de zuiverheid van de informatie is dat misschien eigenlijk wel goed. Want er dreigen dubbeltellingen omdat de praktijkkosten nu twee keer worden doorgegeven: als onderdeel van de winst- en-verliesrekening van de kostenmaatschap en bij de achterliggende praktijkhouder.

Kostenmaatschappen hoeven niet te worden ingeschreven bij de Kamer van Koophandel en zijn dus veelal onbekend. De handhaving op naleving van de jaarverantwoordingsverplichting is hierdoor nagenoeg onmogelijk.

Al met al een vreemde eend in de bijt en daarom pleiten wij er sterk voor om de specifieke bepaling voor kostenmaatschappen zo spoedig mogelijk uit de jaarverantwoordingsverplichting te halen.

Column
Casper P. Bots

Sla je vleugels uit en vlieg!

Iedere vrijdag dat ik in Liverpool werk als tandarts ga ik om 06:45 uur, voorafgaand aan mijn werkdag bij Dr. Rez Dental, naar de gym. Laatst was het een vroege ochtend waarop regen en zon elkaar afwisselden. Liverpool ligt aan de Mersey River en vlak bij de zee. Grote *seagulls* krijsen daar om de beste plekken en eten. Ze vliegen af en aan, bepalen het straatbeeld en vullen de ruimte met hun 'muziek'.

Op de straat, naast het trottoir, zat een grote zeearend in een plasje water een beetje troosteloos om zich heen te kijken. Iets vervuild, aan de grond, nat en voor zover je als mens het gevoel van een zeemeeuw kan peilen, niet echt gelukkig. "Volgens mij hoor je thuis op het water of in de lucht, niet op de straat in een plas," dacht ik. De vogel voelde water, zat in de zon en meende kennelijk op z'n plek te zijn. Er was inderdaad wat water, maar verder alleen maar auto's, asfalt en stoeptegels, en zeker geen vergezichten of perspectief van boven.

Dat deed me denken aan veel tandartsen die ook het gevoel hebben dat ze op hun goede plek zitten. Want ze voelen water onder zich en kijken om zich heen. Zittend in een plasje water, surrogaat van wat door moet gaan voor lucht en ruimte en een eindeloze zee. Wat ze doen, zien en horen, voelt vertrouwd. Maar wanneer je van een afstand kijkt, vraag je je af of ze wel echt tot hun recht komen. Is dit wel echt wat ze willen...? Weten ze zelf dat het zo anders kan, dat je je vleugels kunt uitslaan, kunt zweven op de wind en heerlijk vrij over het water kunt scheren?

Aangekomen in de sportschool zag ik de slogan op de muur *Where the excuses stop & the results begin*. Vaak zitten we vast in onze eigen gedachten, denken we dat het niet anders kan. Maar er is altijd een keuze. Je kunt kiezen voor een andere omgeving, werkwijze, gedachte, andere aanpak, of een volgende stap, die ten diepste past bij wie jij bent.

Wat is voor jou de juiste habitat? Is waar je nu zit de plek waar je als persoon en professional het beste tot zijn recht komt? Waar vlieg jij op af, in de hoop en verwachting dat je dan helemaal op de juiste plaats zit en doet waar je voor bestemd bent? Wat is jouw diepste WHY en hoe zorg jij voor een omgeving waarin je kan groeien en bloeien? Afgelopen maanden ontdekten de deelnemende tandartsen in de Dentist Experience Mastercourse 2025 wat hen ten diepste beweegt, motiveert én wat echt bij hen past. Om nu met vernieuwd perspectief vooruit te gaan en zoals een zeearend weer vrijuit te kunnen zweven en vooruit te kunnen kijken. Dat gun ik iedere tandarts.

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

PS de Dentist Experience Mastercourse 2026 start op vrijdag 6 februari. Reserveer je plek en groei.