

Is de tandarts straks niet meer bekwaam tot het maken van een kunstgebit?

Eind vorig jaar verscheen een rapport over de mondgezondheid van zelfstandig wonende inwoners van Haarlem tussen de 60 en de 79 jaar (Kalsbeek *et al*, 1999). Het onderzoek was opgezet om een beeld te krijgen van de tandheelkundige mondgezondheid van ouderen in Nederland. Men onderscheidde drie groepen: ouderen met een eigen dentitie zonder uitneembare voorziening (ND-groep, 27% van het totaal), ouderen met een partiële prothese of een enkele volledige prothese in boven- of onderkaak en een eigen dentitie met of zonder partiële prothese in de tegenoverliggende kaak (PP-groep, 25% van het totaal), en ouderen met een volledige boven- en onderprothese (VP-groep, 48% van het totaal). Zij werden thuis geënquêteerd en onderzocht. Op de vraag: 'Hoe goed of slecht kunt u een geschilde, c.q. ongeschilde appel eten?' antwoordde bijna de helft van de VP-groep en bijna één derde van de PP-groep een ongeschilde appel slecht te kunnen eten. Pijn werd door de VP-groep in 40% der gevallen gemeld, van wie 31% aangeeft daarvan 'erg' veel hinder te ondervinden; in de PP-groep 32%, waarvan 22% 'erg'. Loszitten van de volledige bovenprothese meldde 27%, waarvan 8% 'vaak' en 'erg' en ten aanzien van de onderprothese meldde 59% van de VP-groep loszitten, waarvan 30% 'vaak' en 'erg'. Daarnaast bleken drukplaatsten, irritatiefibromen, flabby ridges en papillomateuze palata alle in 25% der gevallen voor te komen. In afbeelding 1 zijn per groep het aantal gemelde handicaps te zien. Daaruit blijkt dat 21% van de ND-groep ten minste één stoornis vermeldt, van de PP-groep meldt 47% ten minste één stoornis en van de VP-groep 55%.

Uit deze cijfers kan worden opgemaakt dat mensen met een gehele en een partiële prothese niet best af zijn. Voor de volledige prothese wisten we dat al. Sinds Kalk (1979) daar met zijn proefschrift 'Een kunstgebit, een blij bezit?' aandacht voor vroeg, is de Nederlandse tandheelkundige professie zich daar terdege van bewust. Van de 2 miljoen edentate Nederlanders ondervindt één derde dagelijks problemen in de vorm van pijn of klachten over loszitten en 5% kan eigenlijk helemaal niet met een prothese omgaan. Het onderzoek van Kalsbeek *et al* (1999) laat zien dat daarin nog

weinig verandering is opgetreden. De ontevredenheid lijkt eerder toegenomen. Niet nieuw, maar zeker vermeldenswaard is dat ook mensen met een partiële prothese met veel problemen te kampen hebben. Buitenlandse onderzoeken tonen aan dat partiële prothesen vaak niet gedragen worden. Jepson *et al* (1995) vonden dat van 300 patiënten met een partiële prothese, gemaakt op een universiteitskliniek, 25% de prothese na 2,5 jaar niet droeg wegens gebrek aan comfort en 15% droeg de prothese slechts af en toe. Frank *et al* (1998) stelden vast dat 25% van 450 dragers van een partiële onderprothese, gemaakt in algemene praktijken, ontevreden was met de prothese. Beperkte winst in termen van 'verbetering van het kauwvermogen' en 'gebrek aan comfort' zijn vermoedelijk de belangrijkste redenen van deze onvrede. Een frameprothese doet het in dit opzicht vaak niet beter dan een kunsttharsplaat prothese. Wanneer men de prothese toch draagt, dan is dat vaak om esthetische redenen.

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat mensen met een uitneembare voorziening onze professionele aandacht meer dan nodig hebben. Prothesen dienen van hoge technische kwaliteit én met veel begeleiding van de patiënt vervaardigd te worden. Falen in deze kwaliteiten wordt snel afgestraft. Dat geldt niet alleen voor de patiënt met een volledige boven- en onderprothese, maar ook voor de partiële prothese, en niet te vergeten de patiënt die edentat is in enkel de boven- of onderkaak. Inzicht in anatomie, fysiologie, psychologie en biomechanica is nodig om deze categorie patiënten adequaat te behandelen.

Ik vermoed u met al deze gegevens om mijn betoog te ondersteunen dat we de twee miljoen patiënten met een volledige prothese en een even groot aantal met een partiële prothese in Nederland niet in de kou mogen laten staan. En dat dreigt wel. Een groeiend aantal tandartsen ziet de behandeling van deze categorie patiënten niet (meer) zitten. Zij komen er op dit moment openlijk voor uit dat ze liever wortelkanaalbehandelingen doen, composieten leggen of orthodontie bedrijven. Uitneembare voorzieningen vervaardigen is aan hen niet besteed. In het kader van de beroepsdiffe-

M.A.J. van Waas

Trefwoorden:

- Prothetische tandheelkunde
- Menskrachtproblematiek
- Sociale tandheelkunde

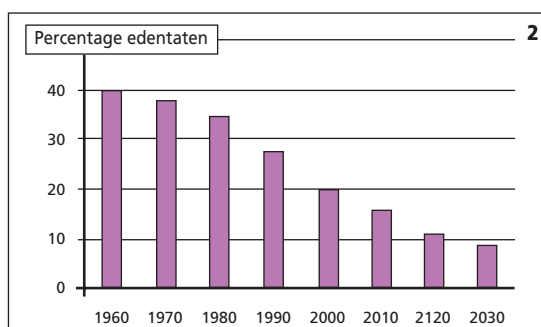
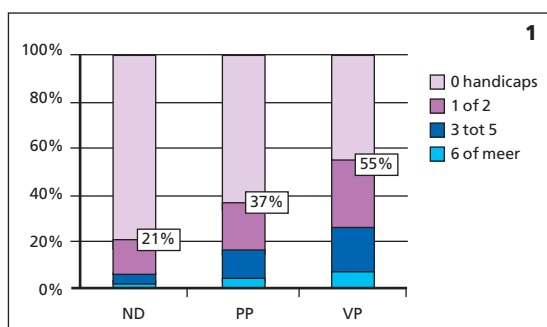
Uit de afdeling Orale Functieleer van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie: 26 juni 2000.

Adres:

Prof.dr. M.A.J. van Waas
ACTA
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam

Afb. 1. Procentuele verdeling van ouderen naar het aantal handicaps per groep (ND = groep met natuurlijk gebit zonder uitneembare voorziening, PP = groep met partiële prothese of enkel boven- of onderprothese, VP = groep met volledige boven- en onderprothese). (Bewerkte weergave van tabel uit Kalsbeek *et al*, 1999).



Afb. 2. Percentage edentaten van de Nederlandse bevolking gedurende de periode 1960 tot 2030 (op basis van gegevens uit Bronkhorst en Truin, 1999).

Tabel 1. Aantal behandelingen per 1.000 personen, opgesplitst naar partiële en volledige prothesen, en ziekenfonds-, respectievelijk particulierverzekerden (Bron: Bronkhorst en Truin, 1999).

Jaar	PP per 1000 personen		VP per 1000 personen	
	zfds	part	zfds	part
2000	17	12	1,1	0,3
2010	17	12	1,2	0,2
2020	15	11	1,3	0,2
2030	13	11	1,3	0,2

PP = partiële prothese
 VP = volledige prothese
 zfds = ziekenfondsverzekering
 part = particuliere verzekering

rentiatie is daar op zich natuurlijk niets mis mee. Het mag echter niet betekenen dat deze categorie patiënten door de professie wordt opgegeven.

Uit onderzoek van Bronkhorst en Truin (1999) kan bovendien worden opgemaakt dat de categorie patiënten met een uitneembare voorziening voorlopig niet uitsterft. Afbeelding 2 laat zien dat het aantal edentaten sinds de jaren zestig procentueel sterk is afgenomen, en in 2030 vermoedelijk nog slechts 8% van de bevolking uitmaakt. Dat betekent geenszins dat er geen prothesen meer gemaakt zullen worden. Wanneer men ervan uitgaat dat edentate patiënten eens in de tien jaar een nieuwe prothese laten maken, betekent dat weliswaar bijna een halvering van het aantal (van 180.000 per jaar in de periode 2000 tot 2010 tot 100.000 per jaar in de periode 2010 tot 2030), maar daar staat tegenover dat de prothetische zorg van dentate patiënten constant blijft. Tot 2030 – en verder wagen de auteurs in het rapport niet voorspellingen te doen – is er nauwelijks een afname te verwachten van het aantal partiële prothesen (180.000) en het aantal immediaatprothesen (15.000 per jaar) dat gemaakt moet worden (tab. 1). Kortom, prothetische zorg blijft bestaan ondanks een afname van het aantal edentaten.

In Nederland zijn sinds enige jaren tandprothetici 'officieel erkend' werkzaam, die een deel van het werk kunnen doen c.q. overnemen. Zij maken vermoedelijk al 25% van de volledige prothesen; in de grote steden misschien zelfs 50%. Zij kunnen echter niet alle taken van de tandarts op dit gebied overnemen. Daar zijn ze (nog) niet voor opgeleid. Na een uitgebreide tandtechnische opleiding volgen zij een opleiding van één dag per week gedurende 3 jaar, speciaal gericht op de klinische vervaardiging van de volledige prothese. Zij krijgen daarmee een goede basis om bij patiënten een volledige prothese te vervaardigen. Daarmee zijn zij echter nog niet bekwaam tot het maken van een overkappingsprothese op implantaten of het vervaardigen van een partiële prothese. De tandarts zal dan ook altijd de eerst aangewezen blijven om als 'trouble-

shooter' de behandeling over te nemen als deze niet tot voldoende resultaat heeft geleid. Denk daarbij aan een prothetische behandeling in combinatie met preprothetische chirurgie en een implantologische behandeling. De behandeling van de partiële prothese ligt sowieso primair in handen van de tandarts. Alleen in nauwe samenwerking met een tandarts kan de tandprotheticus de behandeling uitvoeren. Om voldoende expertise op te bouwen en te behouden moet de tandarts-algemeen practicus dus voldoende (= regelmatig) prothesen blijven vervaardigen.

Bedenkelijk is mijns inziens de huidige trend om de klinische onderdelen van de prothetische behandeling in de tandartspraktijk te 'delegeren' aan een zogenaamde 'klinisch prothesetechnicus'. Wanneer dit ertoe leidt dat onbekwame tandartsen de behandeling door tandtechnici laten uitvoeren, die daarvoor in een aantal cursusdagen wat hebben bijgeleerd, is het hek van de dam. Dat is niet de manier waarop we met taakdelegatie om moeten gaan. Bovendien werkt het in de hand dat slecht opgeleiden 'voor zich zelf gaan beginnen'. De *Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg* (BIG) staat hen dat niet in de weg omdat het aanmeten van prothesen niet tot de 'voorbehouden handelingen' behoort. De erkende tandprotheticus is beter opgeleid en is naast de tandarts de eerst aangewezen om prothetische zorg te verlenen.

Het kan ook niet de bedoeling zijn de zorg voor de patiënt met uitneembare voorzieningen volledig over te laten aan de tandartsen die werkzaam zijn in het kader van de regeling Bijzondere Tandheelkunde. De zorg in Centra voor Bijzondere Tandheelkunde is belangrijk voor de eerder genoemde 5% van de patiënten die ernstige problemen heeft met zijn of haar prothese, en niet bedoeld voor alle prothesedragers.

Met het bovenstaande moge duidelijk zijn dat ik de mening ben toegedaan dat de tandarts de zorg van patiënten met uitneembare voorzieningen niet mag veronachtzamen. De universiteiten hebben de plicht tandartsen op te leiden, die bekwaam zijn dit werk te doen. De beroepsgroep heeft de plicht ervoor te zorgen dat de tandarts deze zorg op hoog niveau blijft leveren, en dus bekwaam blijft.

Literatuur

- BRONKHORST EM, TRUIN GJ. Nu voor later, eindrapport Signaleringsproject tandheelkunde. Nijmegen: KUN, 1999.
- FRANK RP, MILGROM P, LEROUX BG, HAWKINS NR. Treatment outcomes with mandibular partial dentures: a population-based study of patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 1998; 80: 36-45.
- JEPSON NJA, THOMASON JM, STEELE JG. The influence of denture design on patient acceptance of partial dentures. *Br Dent J* 1995; 178: 296-300.
- KALK W. Het kunstgebit een blij bezit? Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1979. Academisch proefschrift.
- KALSBEK H, VERRIPS GH, KLEIJN-DE VRANKRIJKER MW DE. Mondgezondheid ouderen. TNO-rapport PG/VGZ/99.055. Leiden: TNO/NIPG, 1999.