

## De kwaliteit van de zorgverlening voor edentaten

De vervaardiging van volledige gebitsprothesen kan worden gezien als een complexe behandeling, waarvan de kwaliteit globaal wordt bepaald door 2 factoren: de technische aspecten en de wijze waarop de individuele patiënt de behandeling ervaart en beoordeelt. Zorgverleners die zich hiermee bezighouden, vallen waar het hun bekwaamheid betreft onder de *Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg*. In geval van persisterende klachten of problemen worden edentaten vaak behandeld met een overkappingsprothese op orale implantaten. Daarmee is het aantal zorgverleners voor edentaten uitgebreid. Om enige orde te scheppen wordt een nieuw zorgtraject gepresenteerd waarin al deze zorgverleners zijn gepositioneerd. Verwacht wordt dat de groep edentaten kleiner wordt en dat de moeilijkheidsgraad van behandeling toeneemt. Om de doelmatigheid en een goede kwaliteit van deze zorgverlening te garanderen, zou een aantal regionaal verspreide landelijke expertisecentra moeten worden opgezet.

Os JH van, Baat C de, Kalk W. De kwaliteit van de zorgverlening voor edentaten  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 647-651  
doi: 10.5177/ntvt.2011.12.11248

### Inleiding

De vervaardiging van volledige gebitsprothesen kan worden gezien als een complexe behandeling. Dat komt omdat men veelal arbitrair bezig is. Het bepalen van de juiste randlengte en maxillomandibulaire relatie is bijvoorbeeld niet eenvoudig en weinig voorspelbaar. Dat geldt ook voor de positionering van de prothese-elementen in het front en

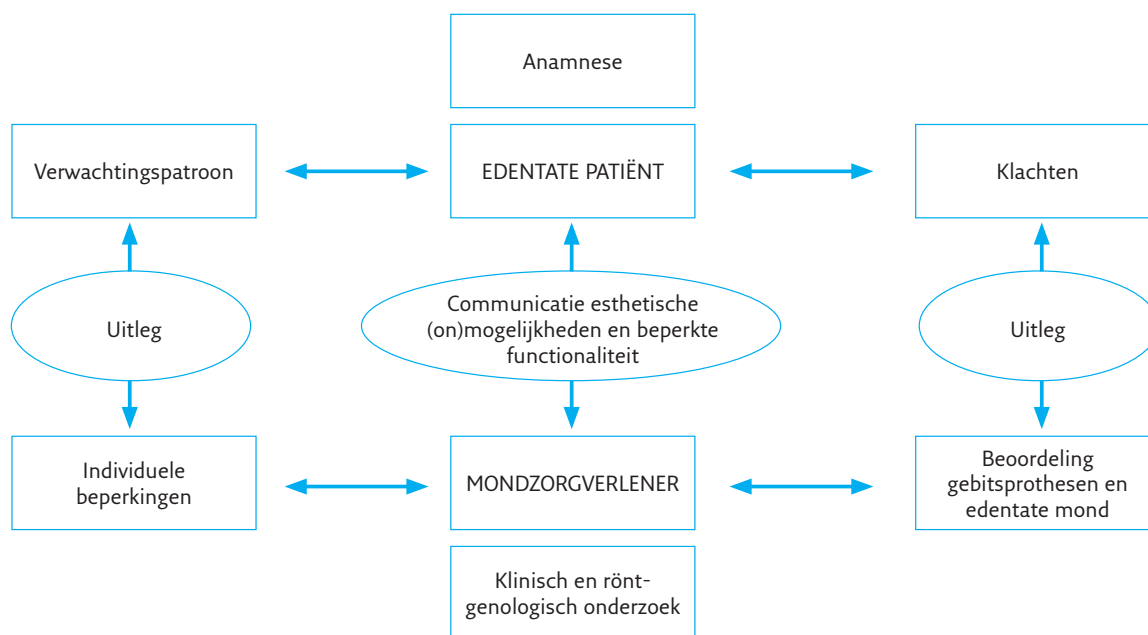
de opstelling van de prothesepremolaren en -molaren. Klachten over volledige gebitsprothesen kunnen worden veroorzaakt door onvolkomenheden in de technische uitvoering (Van Os et al, 1998), maar ook psychosociale factoren spelen een rol. Dat maakt het vaak lastig een verband te leggen tussen de klachten over en de kwaliteit van de gebitsprothesen (Kalk et al, 2001).

In de loop der jaren hebben verschillende zorgverleners zich begeven op het terrein van de vervaardiging van volledige gebitsprothesen, allen met een verschillend opleidingsniveau. De vraag is of dit de kwaliteit van volledige gebitsprothesen en het welbevinden van edentate patiënten ten goede komt.

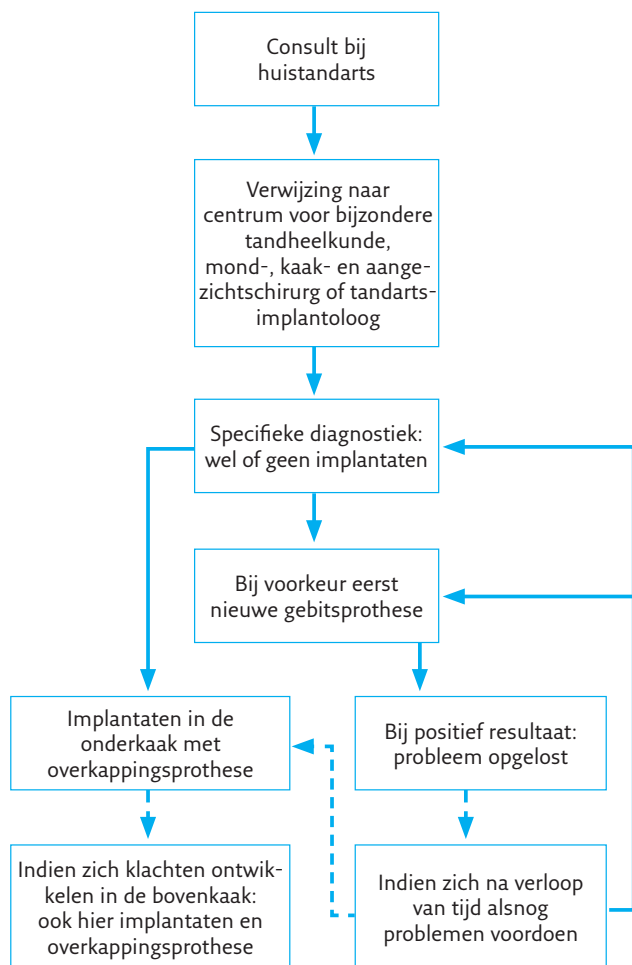
In dit artikel wordt ingegaan op kwaliteitsaspecten van volledige gebitsprothesen, de bevoegdheid, de verantwoordelijkheid, een voorstel voor een nieuw zorgtraject en mogelijke toekomstige ontwikkelingen.

### Kwaliteit van volledige gebitsprothesen

In van Dale's groot woordenboek der Nederlandse taal wordt kwaliteit omschreven als: "een hoedanigheid, vooral van stoffen en waren, met betrekking tot het gebruik dat ervan moet worden gemaakt". Enkele jaren geleden heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zich gewaagd aan een omschrijving van kwaliteit. Deze luidt: "de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften". Om iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van een



Afb. 1. Model voor anamnese en onderzoek bij een edentate patiënt.



Afb. 2. Huidig beleid en verwijsstructuur voor de implantaatbehandeling van edentaten.

product, proces of dienst zullen hiervan eerst de verschillende eigenschappen of kenmerken moeten worden vastgesteld. Vervolgens kan per onderdeel worden bekeken hoe het met de kwaliteit is gesteld en in hoeverre deze bijdraagt aan de kwaliteit van het geheel (De Baat, 2000).

De kwaliteit van volledige gebitsprothesen wordt globaal bepaald door 2 factoren: de technische aspecten en de wijze waarop de individuele patiënt de behandeling ervaart en beoordeelt.

#### Technische aspecten

Voor een goede kwaliteit met betrekking tot de technische aspecten is strikt protocollair werken belangrijk. Daartoe is het volgende behandelprotocol geadviseerd (Kalk et al, 2001):

- diagnostiek;
- afdrukken maken;
- bepalen en vastleggen van de maxillomandibulaire relatie;
- (beoordeling van de) opstelling in was van de prothese-elementen in het front;
- beoordeling van de volledig in was opgestelde gebitsprothese;
- plaatsing van de gebitsprothesen;
- nazorg op korte en lange termijn.

Als dit protocol wordt gevolgd, is de kans groot dat voorspelbaar en reproduceerbaar wordt gewerkt. De kwaliteit van de uitvoering van het behandelprotocol wordt primair bepaald door de kennis en de vaardigheden van de zorgverlener. Dat betekent dat een zorgverlener op basis van de diagnostiek en in overleg met de patiënt moet beslissen of een behandeling is geïndiceerd en, zo ja, welke behandeling dat moet zijn en wie de behandeling gaat uitvoeren.

Daarnaast speelt de samenwerking met de tandtechnicus een belangrijke rol. Een eenduidige samenwerking tussen zorgverlener en tandtechnicus, waarbij duidelijk is wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is, komt de kwaliteit van het eindproduct ten goede. Aangezien het protocol voor de technische vervaardiging van volledige gebitsprothesen bestaat uit diverse onderdelen dient men zich te realiseren dat ook hiervoor geldt dat een ketting zo sterk is als de zwakste schakel.

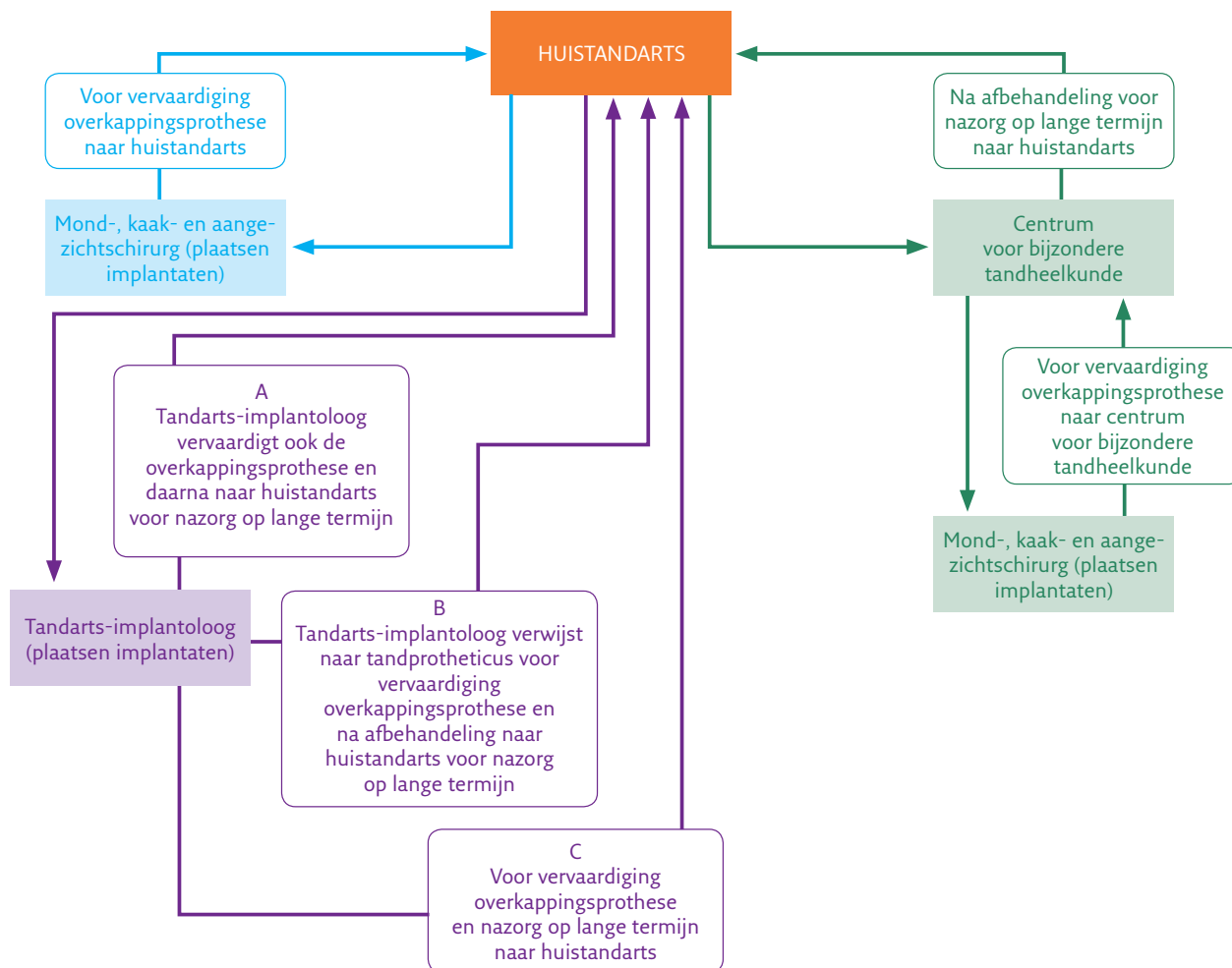
#### Wijze waarop de patiënt de behandeling ervaart

De communicatie tussen patiënt en zorgverlener is een belangrijke factor die mede bepalend is voor het resultaat. Daarom dient een patiënt de mogelijkheid te krijgen zijn verhaal te vertellen zodat de zorgverlener een duidelijk inzicht krijgt in de klachten en het verwachtingspatroon. Het is daarom noodzakelijk een goede anamnese af te nemen. Na anamnese en onderzoek moet de zorgverlener nauwkeurig en duidelijk aangeven welke mogelijkheden van behandeling er zijn en of in het kader daarvan aan het verwachtingspatroon kan worden voldaan. Zo kan worden ingegaan op de esthetische (on)mogelijkheden en de beperkte functionaliteit die inherent is aan het dragen van volledige gebitsprothesen. Deze fase van het behandelprotocol is dus vooral gebaseerd op een duidelijke communicatie tussen patiënt en zorgverlener en komt pas dan tot zijn recht als voldoende tijd wordt besteed aan uitleg over de individuele edentate mond en welke beperkingen dit met zich mee kan brengen ten aanzien van het resultaat (afb. 1). Tijdsinvestering vooraf leidt tot (tijd)winst op langere termijn en zal zich in het traject van de nazorg terugbetalen.

#### Bevoegdheid en verantwoordelijkheid

Zorgverleners die klinisch zijn betrokken bij de vervaardiging van volledige gebitsprothesen, tandartsen en tandprotheticen, vallen onder de *Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg* (BIG). Hierin staan onder andere de eisen van bekwaamheid waaraan een individuele zorgverlener moet voldoen. De eisen van bekwaamheid zijn in principe niet gekoppeld aan het bezit van diploma's. Voor het uitvoeren van een aantal handelingen, de zogeheten voorbehouden handelingen, zijn echter wel diploma's vereist. Het vervaardigen van volledige gebitsprothesen valt echter niet onder de voorbehouden handelingen.

Een aparte positie wordt ingenomen door tandtechnici. Zij vallen in principe niet onder de wet BIG, maar mogen op basis van de wet wel klinische behandelingen uitvoeren als zij maar kunnen aantonen dat zij daartoe bekwaam



Afb. 3. Voorgestelde verwijisstructuur en verantwoordelijkheden voor de implantaatbehandeling van edentaten.

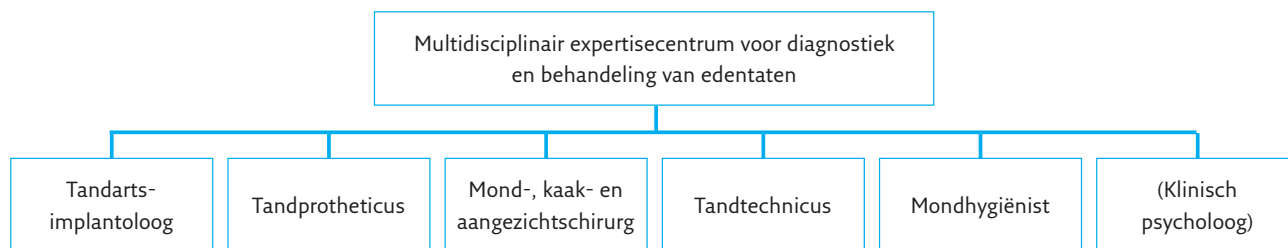
zijn. Als een tandtechnicus dat kan, dan is hij volgens de wet dus ook bevoegd. Veel tandtechnici werken in de zogenoemde 'verlengde-arm-constructie' van een tandarts of een tandprotheticus. Dat wil zeggen dat de tandarts of tandprotheticus verantwoordelijk is voor de behandeling en dat de tandtechnicus op verzoek van een van beiden (deel)behandelingen kan uitvoeren. Een tandarts of een tandprotheticus is volgens de wet verantwoordelijk voor de diagnostiek en de kwaliteit van de gebitsprothese en dient deze daarom op kwaliteit en doelmatigheid te controleren als de behandeling is afgerond. In de praktijk lijkt daar echter weinig van terecht te komen. Een extra complicerende factor is dat tandprotheticici en tandtechnici vanwege hun opleiding weinig medische en psychologische kennis hebben. Dat kan tot problemen leiden omdat klachten van patiënten onvoldoende worden onderkend of onjuist worden geïnterpreteerd met als gevolg dat niet altijd doelmatig wordt behandeld of dat wordt behandeld terwijl dit niet of weinig zinvol is. Laat duidelijk zijn dat dit laatste ook bij tandartsen kan voorkomen, maar dat de kans kleiner is vanwege een betere opleiding.

Teneinde persisterende klachten of problemen van edentate patiënten adequaat te kunnen oplossen, worden patiën-

ten met regelmaat verwezen naar een tandarts-implantoloog of een mond-, kaak- en aangezichtschirurg voor het plaatsen van implantaten. Daarmee wordt het aantal zorgverleners voor het behandelen van edentate patiënten uitgebreid en ontstaan soms problemen rond de verantwoordelijkheid. In afbeelding 2 is het huidige beleid en de huidige verwijisstructuur voor behandelingen met implantaten weergegeven. Hierbij wordt een tandarts-implantoloog of een mond-, kaak- en aangezichtschirurg veelal louter als uitvoerder van het chirurgische deel van de behandeling gezien.

### Nieuw zorgtraject

Sommige van de gangbare implantaatbehandelingen zijn vaak langdurige processen. Er kan dan ook beter worden gesproken van een zorgtraject. Door de betrokkenheid van veel zorgverleners kan onduidelijkheid bestaan over de verantwoordelijkheid voor het resultaat. Deze onduidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheden van diverse zorgverleners vraagt om meer structuur in de zorgverlening voor edentate patiënten, waarbij goede samenwerking de doelmatigheid van de zorgverlening kan bevorderen. Daarbij moet vooral duidelijk zijn hoe de onderlinge samenwerking en relaties zijn geregeld.



Afb. 4. Zorgverleners in multidisciplinair expertisecentrum voor diagnostiek en behandeling van edentaten.

Ook in de optiek van zorgverzekeraars is het belangrijk te komen tot een goed zorgtraject voor edentate patiënten. Veel zorgverzekeraars opteren voor het afsluiten van overeenkomsten met zogeheten voorkeurleveranciers ('preferred providers')

De auteurs van dit artikel presenteren een nieuw zorgtraject voor de implantaatbehandeling van edentaten. In het schema van afbeelding 3 worden de mogelijkheden weergegeven en wordt duidelijk hoe de verwijzingen en de communicatie in dat traject dienen te verlopen. De indicatie voor plaatsing van implantaten en de uitvoering van het chirurgische en prothetische deel van de behandeling kan door meerdere zorgverleners met specifieke expertise plaatsvinden.

### Toekomstige ontwikkelingen

De groep edentaten wordt kleiner omdat de mondgezondheid de laatste decennia sterk is verbeterd. Daar staat tegenover dat het aantal langdurig edentaten met een veelal gecompliceerde edentate mond toeneemt, mede ten gevolge van de vergrijzing van de bevolking. Dit betekent tevens dat de moeilijkheidsgraad van behandeling zal toenemen en er meer expertise vereist zal zijn voor de zorg van (langdurig) edentate patiënten (Zitzman et al, 2008). Verder is het aannemelijk dat het gebruik van CAD/CAM-systemen binnen de mondzorg diverse mogelijkheden zal bieden en wellicht kan leiden tot meer doelmatigheid in de behandeling en misschien zelfs tot besparing op menskracht. De hiervoor genoemde aspecten hebben directe gevolgen voor de wijze waarop de zorgverlening voor edentaten wordt georganiseerd en voor het aantal zorgverleners dat hiervoor nodig is. Het laat zich aanzien dat het aantal zorgverleners dat momenteel in Nederland op dit terrein actief is omlaag kan.

Nu al is het aantal tandartsen dat zich bezighoudt met de behandeling van edentaten en affiniteit heeft met de problematiek van de volledige gebitsprothese aanzienlijk afgenomen. Oorzaken hiervan zijn, naast het afgenomen aantal patiënten, de toegankelijkheid van tandprotheticici en de toegenomen vraag naar een prothetische behandeling met implantaten waarvoor tandartsen niet voldoende in praktische vaardigheden zijn opgeleid (Thomason et al, 2009). In de opleidingen tandheelkunde is het verplichte praktische onderricht in de vervaardiging van volledige gebitsprothesen al vaak vervangen door keuzeonderwijs. Het is dan ook gewenst om voor studenten met affiniteit voor de behandeling van edentaten, al dan niet met behulp van implantaten, het keuzeonderwijs te intensiveren

en zorg te dragen voor een goede vervolgopleiding op dit terrein.

Deze ontwikkelingen vereisen een andere kijk op de zorgverlening voor edentaten en de vraag is wie zich hiermee zou moeten bezighouden om de doelmatigheid en de kwaliteit van deze zorg voor de toekomst veilig te stellen. Een mogelijkheid is het opzetten van een aantal regionaal verspreide landelijke expertisecentra waarin de benodigde expertise op chirurgisch, implantologisch en prothetisch terrein aanwezig is. In deze multidisciplinaire expertisecentra voor diagnostiek en behandeling van edentaten kunnen, naast tandartsen en mond-, kaak- en aangezichtschirurgen met specifieke expertise, ook mondhygiënisten, tandprotheticici en tandtechnici in teamverband met elkaar werken. Een dergelijke multidisciplinaire opzet heeft als voordeel dat de kwaliteit van diagnostiek en behandeling zal toenemen omdat expertise wordt opgebouwd en uitgebreid en omdat de zorgverleners via 'korte lijnen' met elkaar kunnen samenwerken. Dit leidt tot meer doelmatigheid en een betere kwaliteit van de zorgverlening. Ook de evaluatie van de uitgevoerde behandelingen is beter gegarandeerd. Hierdoor kunnen de totale kosten voor deze zorgverlening uiteindelijk lager uitvallen omdat het slagingspercentage van de behandelingen zal toenemen en minder herbehandelingen nodig zullen zijn.

Nadeel van een concentratie in deze expertisecentra zou kunnen zijn dat de geografische afstand voor het verkrijgen van de juiste zorg toeneemt. Dat is niet helemaal nieuw omdat ook nu al veel edentaten worden verwezen naar centra voor bijzondere tandheelkunde of regionaal gevestigde collega's met specifieke kennis en kunde. Daarnaast zullen de verschillende taken binnen een expertisecentrum anders komen te liggen, waarbij de diagnostiek en het opstellen van een zorgplan centraal staan en de meer uitvoerende taken van tandprotheticici en tandtechnici nader moeten worden gedefinieerd.

Voor huistandartsen, ook die specifiek zijn gericht op de behandeling van edentaten, zal relatief weinig emplot meer zijn omdat de zorgverzekeraars de zorg in expertisecentra zullen prefereren. Een bijkomend voordeel is dat op basis van een goede diagnostiek wordt voorkomen dat onnodig en dus teveel wordt geïmplanteed.

## Literatuur

- \* Baat C de. Kwaliteit in onze zorg. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2000. Inaugurale rede.
- \* Kalk W, Waas MAJ van, Os JH van, Postema N. De volledige gebitsprothese in woord en beeld. Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- \* Link AJ, Dekker J den. Richtlijn voor het vervaardigen van een volledige gebitsprothese. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2005.
- \* Os JH van, Baat C de, Kalk W. Protheseproblemen. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998.
- \* Thomason JM, Feine J, Exley C, et al. Mandibular two implant-supported overdentures as the first choice standard of care for edentulous patients - the York Consensus Statement. Br Dent J 2009; 207: 185-186.
- \* Zitzmann NU, Staehelin K, Walls AW, Menghini G, Weiger R, Zemp Stutz E. Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland. Eur J Oral Sci 2008; 116: 52-59.

## Summary

### The quality of oral healthcare for edentulous individuals

*Fabricating removable complete dentures is a rather complicated treatment. The quality of the care delivered is broadly determined by 2 factors: the technical result and the way in which the individual patient experiences and evaluates the treatment. Healthcare professionals who carry out this treatment are subject, with respect to their capability, to the Dutch Individual Healthcare Professions Act. In cases of persisting complaints or problems, edentulous individuals are often treated with an overdenture on oral implants. Several oral healthcare providers are then involved in the treatment. In order to clarify procedures, a trajectory of care is presented in which all of these oral healthcare providers are located. It is expected that the number of edentulous individuals will decline and that the degree of treatment complexity will increase. To guarantee future efficiency and quality of care delivery, a number of regionally distributed national centres of expertise should be established.*

## Bron

J.H. van Os<sup>1</sup>, C. de Baat<sup>2</sup>, W. Kalk<sup>3</sup>

Uit de <sup>1</sup>Zorgverzekeraarcombinatie Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) te Arnhem, de <sup>2</sup>vakgroep Orale Functieeler van het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen en de <sup>3</sup>Sectie Orale Functieeler, Prothetische Tandheelkunde en Biomaterialen van het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 28 oktober 2011

Adres: dr. J.H. van Os, UVIT, postbus 445, 5600 AK Eindhoven

hans.van.os@vgziza.nl