

Volledige gebitsprothesen: een inspannings- verbintenis!

Het vervaardigen van een volledige gebitsprothese kan, in juridische termen, worden gekwalificeerd als een inspanningsverbintenis. Immers, het resultaat ofwel de tevredenheid van de patiënt met de nieuwe gebitsprothese is moeilijk te voorspellen en blijkt niet alleen afhankelijk van de tandarts/tandprotheticus en de technische kwaliteit. De relatie tussen de tandarts/tandprotheticus en de patiënt is complex, maar in grote mate medebepalend voor de patiënttevredenheid. Dit is vooral het geval bij patiënten met een atrofische processus alveolaris of andere (orale) problemen. De patiënt moet bij het vervaardigen van een volledige gebitsprothese als de beste medewerker van de tandarts/tandprotheticus worden beschouwd. Ter preventie van of om goed voorbereid te zijn op mogelijke juridische procedures is een goed patiëntendossier belangrijk. Daarin dienen onder meer de verstrekte informatie aan de patiënt, de hulpvraag en het verwachtingspatroon van de patiënt duidelijk te zijn vastgelegd.

Eijkman MAJ. Volledige gebitsprothesen: een inspanningsverbintenis!

Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 617-621

doi: 10.5177/ntvt.2011.12.11190

Inleiding

De behandeling van edentaten behoort tot de lastigste onderdelen van de mondzorg. Niet alleen voor een tandarts/tandprotheticus, maar evenzeer voor de eventueel bij de behandeling betrokken tandtechnicus (Kalk, 1979; Van Waas, 1985; De Koomen, 1995). Ook van de edentate patiënten wordt veel gevraagd en soms is er zelfs sprake van een tegenvallend behandelresultaat, al dan niet gevolgd door het indienen van een klacht (Christiaans-Dingelhoff et al, 2002).

Hoewel in de westerse wereld de indicatie volledige gebitsprothese steeds meer wordt vervangen door de indicatie overkappingsprothese, eventueel op implantaten, is de volledige gebitsprothese zeker bij patiënten uit de lagere sociaaleconomische klassen nog steeds een reële behandeloptie (Carlsson en Omar, 2010).

In dit artikel worden de problemen die kunnen ontstaan als gevolg van een behandeling met een volledige gebitsprothese, vooral een conventionele volledige gebitsprothese, kort bezien vanuit het gezondheidsrecht en de medische aansprakelijkheid. Ter illustratie wordt een casus gepresenteerd en vervolgens wordt op basis van de onderzoeksliteratuur en praktijkervaringen beargumenteerd dat het opbouwen van een goede relatie tussen tandarts/tandprotheticus en patiënt en adequate communicatie medebepalend kunnen zijn voor een geslaagde adaptatie aan een nieuwe volledige gebitsprothese als hulpmiddel voor herstel van orale functies.

Verbintenissen en gezondheidsrecht

In het Nederlandse burgerlijk recht hebben de plichten van zorgverleners het karakter van verbintenissen, al dan niet op grond van een overeenkomst (Leenen, 1996). In het algemeen worden 2 soorten verbintenissen onderscheiden: een resultaats- en een inspanningsverbintenis. In het eerste geval zal het tevoren overeengekomen resultaat moeten worden bereikt. Met andere woorden, er bestaat een grote mate van zekerheid dat het resultaat kan worden voorspeld. In het tweede geval zal de zorgverlener zich voldoende moeten inspannen om tot een goed resultaat te komen. Hier speelt de mate van (on)zekerheid over de vraag of het resultaat kan worden behaald een grote rol. Het is van groot belang dat een tandarts/tandprotheticus kennis heeft van verbintenissen in verband met mogelijke juridische gevolgen rond de vervaardiging van een volledige gebitsprothese (Brands en Eijkman, 2000).

Als het vervaardigen van een volledige gebitsprothese een resultaatsverbintenis is, dan kan de patiënt bij problemen stellen dat de gebitsprothese van onvoldoende kwaliteit is omdat hij er niet mee kan functioneren. Op de tandarts rust dan de plicht te bewijzen dat dit twijfelachtige resultaat hem niet valt te verwijten. Ziet men het vervaardigen van een volledige gebitsprothese echter als een inspanningsverbintenis, dan ligt de bewijslast vooral bij de patiënt. Bij problemen moet de patiënt dan aantonen dat de zorgverlener slordig heeft gewerkt, dat hij verouderde behandelmethoden heeft toegepast of dat hij op een andere manier heeft gefaald. Dat zal, gezien de invloed van de vele onzekere factoren die een rol spelen bij het vervaardigen van een volledige gebitsprothese, al dan niet implantaatgedragen of immmediaat geplaatst, niet meevallen.

Medische aansprakelijkheid

De indruk bestaat dat in Nederland de medische aansprakelijkheid de laatste 20 jaar dreigt te ontsporen en dat hier te lande een Amerikaanse claimcultuur aanstaande is (Sluifjters, 2003). Voor deze ontwikkeling zijn diverse oorzaken aan te wijzen. Zo is de rechtspositie van patiënten versterkt en als er zich problemen voordoen zijn patiënten zich veel beter bewust van de mogelijkheden om juridische stappen te ondernemen, eventueel met behulp van patiëntenverenigingen en organisaties als Slachtofferhulp. De wijzigingen in het sociale zekerheidsstelsel en de toegenomen marktwerking in de zorgverlening hebben bovendien geleid tot een veranderde houding ten aanzien van aansprakelijkstelling. Ook de moderne media spelen een belangrijke rol in de toename van aansprakelijkstellingen. De geloofwaardigheid van specialisten is voor patiënten niet meer vanzelfsprekend. Via internet gaat men zelf op zoek

naar informatie en die informatie wordt ingebracht in de relatie met de zorgverlener. Bij (vermeende) misstanden in de gezondheidszorg gaan pers en politiek hier vaak ongefundeerd op in.

In het algemeen oordelen patiënten positief over de dienstverlening van mondzorgverleners. Ook over de toegankelijkheid en de bejegening bleken de patiënten tevreden (Van der Schee et al, 2003). Toch was er vanaf 2005 een stijging waar te nemen in het aantal ingediende klachten bij de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT). Jaarlijks deden tussen de 500 en 600 patiënten van tandartsen die lid zijn van de NMT een beroep op de 'NMT-klachtenregeling voor patiënten'. In 2010 was het aantal klachten 613, waarvan 379 daadwerkelijk bij de klachtencommissies in behandeling werden genomen (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2011). De indruk bestaat dat de claimbedragen stijgen, dat verzekeraars een groeiende vraag naar rechtsbijstand krijgen en dat de afhandeling van claims soms een langdurige zaak is (Lazzari et al, 2008).

Hoewel zorgverlening zonder risico's niet bestaat, is er een tendens waar te nemen dat patiënten deze risico's ontkennen. Pech wordt niet meer geaccepteerd. Patiënten zien zorgverlening als een product waarbij garantie hoort. Bij een dergelijke benadering van zorgverlening liggen claims met kwalificaties als wanprestatie en (letsel)schade al gauw in het verschiep en zo belanden patiënt en zorgverlener bij een tuchtrechter.

Uit literatuuronderzoek valt op te maken dat de redenen van patiënten om een klacht in te dienen divers zijn, maar voornamelijk zoeken patiënten respect, openheid, begrip en erkenning van hun zorgverleners. Aan het aanbieden van excuses door een zorgverlener wordt grote waarde gehecht (Vincent et al, 1994; Bismark et al, 2006; Hout et al, 2009).

Bij problemen met een nieuw vervaardigde gebitsprothese zien patiënten soms niet in dat ook zonder een fout van de zorgverlener een dergelijke behandeling verkeerd kan aflopen of dat het gewenste resultaat niet kan worden bereikt. Ook (anatomische) beperkingen kunnen aan de problemen ten grondslag liggen, zoals het geval is bij atrofie van de processus alveolaris. Toch kan de zorgverlener dan aansprakelijk worden gesteld, zelfs als hij tevoren duidelijk de beperkingen heeft verteld. Dat blijkt uit de vele bij tuchtcolleges ingediende en vaak afgewezen klachten van patiënten over gebitsprothesen (Christiaans-Dingelhoff et al, 2002). Soms lijken zulke klachten echter terecht te zijn ingediend. Zoals in het geval waarbij een patiënt zijn rechtsbijstandverzekeraar verzocht hem te helpen bij een conflict met zijn tandarts (zie afb. 1 en 2).

Literatuurgegevens

De meerderheid van de dragers van volledige gebitsprothesen is hiermee over het algemeen tevreden (Kalk, 2004; Carlsson, 2006; Van Waas, 2011). Maar iedere ervaren tandarts/tandprotheticus weet dat veel patiënten volmaakt tevreden kunnen zijn met hun volledige gebitsprothesen,

Een 50-jarige man had zich bij een tandarts gemeld voor een nieuwe gebitsprothese in de bovenkaak. De tandarts had hem geadviseerd, gezien de slechte conditie van zijn dentitie in de onderkaak, eerst alle gebitselementen in de onderkaak te laten extraheren en een immediate gebitsprothese te laten vervaardigen. De kosten zouden voor het merendeel worden vergoed door de zorgverzekeraar. De man was alleen een eigen bijdrage van € 180,00 verschuldigd. Besloten was deze behandeling te gaan uitvoeren.

Gedurende 15 maanden was de patiënt voor deze behandeling 35 keer in de praktijk van de tandarts geweest en had hij in totaal 4 nieuwe gebitsprothesen gekregen. Onduidelijk was hoeveel hiervan boven- en onderprothesen waren. Hij was echter niet tevreden met het resultaat en niet van plan de facturen voor in totaal bijna €1.800 te betalen, diende een klacht in bij de tandarts en vroeg steun van zijn rechtsbijstandverzekeraar.

De rechtsbijstandverzekeraar had in het verzekeringsdossier te weinig informatie om te beoordelen of de tandarts in kwestie verwijtbaar had gehandeld en vroeg daarom het patiëntdossier op bij de tandarts. Tevens werd de tandarts verzocht zijn visie op de klacht schriftelijk kenbaar te maken. De door de tandarts aangeleverde informatie bleek zeer summier. De patiënt had diverse behandelafspraken gehad en was door 6 verschillende zorgverleners behandeld. De uitgevoerde behandelingen waren in codetaal vermeld, waarbij niet duidelijk was welke zorgverlener welk deel van de behandeling had uitgevoerd, de tandarts zelf of een van zijn medewerkers. De verrichtingen waren kort en onduidelijk genoteerd, maar hieruit kon wel worden opgemaakt dat in de onderkaak alle incisieven, cuspidaten en premolaren waren geëxtraheerd. Medische achtergrondgegevens van de patiënt ontbraken, evenals afspraken over de kosten en over de verstrekte informatie. Verder meldde de patiënt nog zelf dat hij, na alle ondergane behandelingen, een andere tandarts buiten de praktijk had geconsulteerd. In de gehele behandelperiode waren bij de patiënt uiteindelijk 1 nieuwe gebitsprothese in de bovenkaak en 3 nieuwe gebitsprothesen in de onderkaak geplaatst. De patiënt had tijdens de behandeling veel pijn geleden.

De tandarts wilde, vooral na enige druk over de vraag wie nu de patiënt uiteindelijk had behandeld, de zaak schikken en ging uiteindelijk akkoord met het niet betalen van de facturen. De patiënt bleek tevreden met deze oplossing van de kwestie en zag af van een verdere juridische procedure.

Afb. 1. Casus.

terwijl deze feitelijk van bedenkelijke kwaliteit zijn. Het omgekeerde is eveneens het geval. Patiënten kunnen zeer ontevreden zijn met volledige gebitsprothesen die wel aan alle kwaliteitscriteria voldoen (Berg, 1993; Lechner en Roessier, 2001). Duidelijk is ook dat een minderheid van de dragers van gebitsprothesen er nooit aan kan wennen (Critchlow en Ellis, 2010). Er is zelfs verondersteld dat de relatie tussen de kwaliteit van volledige gebitsprothesen en patiënttevredenheid zwak is (Carlsson, 2006).

Dat de tandarts besloot de zaak te schikken door akkoord te gaan met het niet betalen van de facturen leek de verstandigste weg. Tuchtcolleges neigen namelijk nogal eens de visie van de klager te volgen wanneer een behandeling in de ogen van een patiënt niet heeft voldaan en er tevens sprake is van onvoldoende of zeer onvoldoende verslaglegging door de desbetreffende mondzorgverlener (Christiaans-Dingelhoff et al, 2002).

Of een en ander in de casus in juridisch opzicht adequaat is opgelost, of de patiënt en de tandarts voldoende recht zijn gedaan en of hier eigenlijk toch niet sprake zou moeten zijn van een tuchtrechtelijke of een civiele procedure zijn nog wel vragen, maar die moeten helaas onbeantwoord blijven.

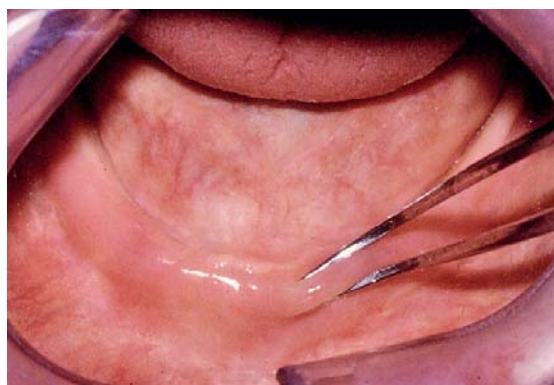
Afb. 2. Commentaar bij casus

Psychosociale factoren, in het bijzonder een goede relatie tussen zorgverlener en patiënt, zijn voor een succesvol resultaat belangrijker dan prothetische technieken. Het is verder bekend dat psychiatrische aandoeningen, zoals een depressie, voor het adaptievermogen van de patiënt een risicofactor kunnen zijn, evenals persoonlijkheidsfactoren (Vervoorn et al, 1991; John et al, 2007).

Praktische adviezen

Klinische ervaringen van de auteur maken het in combinatie met de literatuurgegevens mogelijk te komen tot praktische adviezen voor een goed behandeling van edentaten. Daarbij moet het uitgangspunt gelden dat de patiënt de belangrijkste medewerker van de tandarts/tandprothetici is.

1. Het eerste advies is voldoende tijd in te ruimen voor het eerste consult. Tijdens dit bezoek moeten in ieder geval aan de orde komen de reden van zorgvraag, de verwachtingen en de behandelwensen. De verwachtingen van het behandelresultaat zijn vaak (te) hooggespannen (Eijkman et al, 2006). De vraag waarom een patiënt nieuwe gebitsprothesen wenst, kan verrassingen opleveren. Ontevredenheid met de bestaande gebitsprothesen is echter een belangrijk argument. Als deze echter weinig klachten veroorzaken, kan het dragen van en het wennen aan nieuwe gebitsprothesen soms ernstig tegenvallen. Extra aandacht is geboden bij het aantal eerder gedragen en vervaardigde gebitsprothesen. In het algemeen geldt hoe meer gebitsprothesen in het verleden zijn vervaardigd, des te voorzichtiger men moet zijn met het indiceren van nieuwe gebitsprothesen.
2. Het tweede advies is tijdens het eerste consult zeker gebruik te maken van gespreks- en luistervaardigheden (Eijkman, 2001). Een belangrijk aandachtspunt daarin is het non-verbale gedrag van de patiënt. Men dient als het ware met de ogen te luisteren omdat dan de ware betekenis van de wens van de patiënt vaak snel duidelijk wordt. Als deze wens vervolgens door de zorgverlener goed wordt verwoord, zal de patiënt het gevoel krijgen dat hij goed wordt begrepen (Eijkman et al, 2006). In de diagnostische fase moet de patiënt



Afb. 3. Voorbeeld van een extreem atrofische processus alveolaris mandibulae.

zich vrij voelen vragen te stellen en aan te geven welke klachten en problemen hij heeft. Een adequate communicatie tussen zorgverlener en patiënt bleek de tevredenheid van de patiënt te bevorderen (Sondell et al, 2002).

3. Het derde advies is een goed patiëntdossier bij te houden. Vooral het verwachte behandelresultaat van de patiënt ontbreekt nogal eens in de dossiers. Bij tuchtzaken, vooral bij klachten over volledige gebitsprothesen, valt verder op dat tandartsen/tandprothetici zelden de inhoud van het eerste gesprek, vooral de informatieverstrekking, hebben genoteerd. Klachtencommissies, rechtsbijstandverzekeraars en letselschadebureaus komen regelmatig met dit probleem in aanraking (Allard, 2009). Het bijhouden van een patiëntdossier is overigens een wettelijke verplichting die is vastgelegd in artikel 454 van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. De ervaring leert dat een goed ingevuld patiëntdossier in tucht- en aansprakelijkheidszaken vaak het belangrijkste verdedigingsmiddel van de zorgverlener is.
4. Het vierde advies is een goede medische anamnese af te nemen en de resultaten daarvan in het patiëntdossier te noteren. Deze gegevens blijken nogal eens te ontbreken wanneer een patiënt een klacht tegen een mondzorgverlener indient. Vooral bij oudere mensen is het verstandig na te gaan of zij aan een depressie lijden (John et al, 2007). Niet alleen de stemmingsstoornis, maar tevens de mogelijke bijwerkingen van een gebruik antidepressiva is een wetenswaardig gegeven. Een bekende bijwerking van de meeste antidepressiva is hyposalivatie en speeksel kan een factor van betekenis zijn bij de retentie van volledige gebitsprothesen (Turner et al, 2008). Van belang is ook na te gaan in hoeverre de patiënt is geconfronteerd met zogenoemde ingrijpende levensgebeurtenissen, bijvoorbeeld het overlijden van een partner, een echtscheiding of de ziekte of dood van een kind.
5. Het vijfde advies is na de anamnese en het onderzoek te bespreken wat wel of niet haalbaar is aangaande het te verwachten behandelresultaat. Het is belangrijk vooral de beperkingen te bespreken en vast te leggen in het patiëntdossier, zoals atrofie of een andere anatomische



Afb. 4. Model waarmee de verregaande atrofie van de processus alveolaris maxillae kan worden geïllustreerd.

hindernis van de processus alveolaris, de medische conditie, het gebruik van medicamenten, een afwijkende maxillomandibulaire relatie (afb. 3). Ook in de daarop volgende behandelsessies speelt voorlichting een belangrijke rol. Door de patiënt bijvoorbeeld de modellen van de kaken te tonen om de (beperkte) omvang van de processus alveolaris te laten voelen, krijgt de patiënt een indruk van de problemen waarmee de zorgverlener wordt geconfronteerd (afb. 4).

6. Het zesde advies is veel aandacht te besteden aan de (esthetische) tandtechnische aspecten, eventueel in goede samenwerking met een tandtechnicus. Vooral tijdens de behandelfase van het passen van de proefopstelling van de prothese-elementen is de inspraak van de patiënt en zijn familie of vrienden van groot belang. Het komt te vaak voor dat een patiënt zelf in esthetisch opzicht tevreden is, maar dat hij bij thuiskomst kritiek krijgt op het veranderde uiterlijk en dit kan veel extra tijd, aandacht en werk kosten die beter kunnen worden voorkomen.
7. Het zevende advies is bij of na plaatsing van de nieuwe gebitsprothesen nogmaals de zorgvraag, het behandel-doel en de aangegeven beperkingen te bespreken. Vaak is de patiënt deze vergeten. Bij klachten is het verstandig ervan uit te gaan dat de patiënt in eerste instantie gelijk heeft, tenzij of totdat het tegendeel is bewezen. Het verlenen van nazorg verdient voortdurend aandacht. Soms is hernieuwde voorlichting aan de patiënt over de individuele problematiek en het belang van een goede mond- en protheseverzorging noodzakelijk.

Slotbeschouwing

Vooral de relatie tussen zorgverlener en patiënt is bepalend voor de patiënttevredenheid met nieuwe gebitsprothesen. Als duidelijk is dat in een goede sfeer en verstandhouding wordt samengewerkt, is de kans groot dat de patiënt vertrouwen heeft in de behandeling en dan heeft de inspanningsverbintenis wel degelijk een grote kans van slagen.

Literatuur

- * Allard RHB. Een inspannende resultaatsverbintenis. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 651-653.
- * Berg E. Acceptance of full dentures. Int Dent J 1993; 43: 299-306.
- * Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. Can Med Assoc J 2006; 175: 889-894.
- * Brands WG, Eijkman MAJ. Gezondheidsrecht voor tandartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- * Carlsson GE. Facts and fallacies: an evidence base for complete dentures. Dent Update 2006; 33: 134-142.
- * Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. J Oral Rehabil 2010; 37: 143-156.
- * Christiaans-Dingelhoff I, Brands WG, Eijkman MAJ, Hubben JH. De tandarts in de tuchtrechtspraak 1994-2001. Den Haag: SDU Uitgeverij, 2002.
- * Critchlow SB, Ellis JB. Prognostic indicators for conventional complete denture therapy: a review of the literature. J Dent 2010; 38: 2-9.
- * Eijkman MAJ. Het eerste gesprek – een cruciale aangelegenheid. In: Kalk W, Waas MAJ van, Os JA van, Postema N (red.). De volledige gebitsprothese in woord en beeld. Uitgangspunten voor diagnostiek en behandeling. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- * Eijkman MAJ, Duyx MPMA, Visser APH. Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- * Hout E, Friele R, Legemaate J. De burger als klager in het tuchtrecht voor de gezondheidszorg. Weinig klachten, mogelijk door geringe kennis van tuchtrechtsysteem. Ned Tijdschr Geneesk 2009; 153: A548.
- * John MT, Micheelis W, Steele JG. Depression as a risk factor for denture dissatisfaction. J Dent Res 2007; 86: 852-856.
- * Kalk W. Het kunstgebit een blij bezit? Amsterdam: Vrije Universiteit, 1979. Academisch proefschrift.
- * Kalk W, Waas MAJ van, Os JH van, Postema N. De volledige gebitsprothese in woord en beeld. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- * Kalk W. Proefschriften 25 jaar na dato 3. Het kunstgebit uiteindelijk een blij bezit! Ned Tijdschr Tandheelkd 2004; 111: 317-321.
- * Koomen HA de. Valkuilen bij de behandeling van de tandeloze patiënt. In: Linn EW, Eijkman MAJ (red.). Leerzame mislukkingen uit de tandheelkundige praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- * Lazzari S, Yuen KK, Eijkman MAJ, Gorter RC. Een dossieronderzoek. Klachten over tandartsen: een poging tot ordening aan de hand van een dossieronderzoek bij een rechtsbijstandverzekeraar. Quality Practice 2008; 4: 52-55.
- * Lechner SK, Roessier D. Strategies for complete denture success: beyond technical excellence. Comp Dent 2001; 22: 553-559.
- * Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht 2. Gezondheidszorg en recht. 's-Gravenhage: Boom Juridische uitgever, 2009.
- * Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Jaarverslag 2010. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2011.
- * Schee E van der, Sixma H, Klerk E de. Beschikbaarheid en dienstverlening van tandartsen onder druk? Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 181-184.
- * Sluijters B. Medische aansprakelijkheid, ontwikkelingen. In: Kastelein WR (red.). Medische aansprakelijkheid. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2003.

- * *Sondell K, Söderfeldt B, Palmqvist S.* Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *Int J Prosthodont* 2002; 15: 28-37.
- * *Turner M, Jahangiri L, Ship JA.* Hyposalivation, xerostomia and the complete denture. A systematic review. *Am Dent Assoc* 2008; 139: 146-150.
- * *Vervoorn JM, Duinkerke AS, Luteijn F, Poel AC van den.* Relative importance of psychologic factors in denture satisfaction. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 45-47.
- * *Vincent C, Young M, Phillips A.* Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343: 1609-1613.
- * *Waas MAJ van.* Een kunstgebit een kwestie van doorbijten. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1985. Academisch proefschrift.
- * *Waas MAJ van.* Proefschriften 25 jaar na dato 25. Een kunstgebit, een kwestie van doorbijten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 277-281.

Summary

Complete removable dentures: a commitment to best efforts

The provision of complete removable dentures can, in legal terms, be defined as a commitment to perform the best of one's abilities. Indeed, the result or patient's satisfaction with the new dentures, is difficult to predict and is apparently not only dependent upon the dentist/denturist and variations in materials and techniques. The relationship between the dentist/denturist and the patient is complex, but influences to a large extent patient satisfaction. This is especially true in cases of patients with reduced residual alveolar ridges or other (oral) problems. When a complete removable denture is being prepared, the patient should be thought of as the dentist/denturists most reliable contributor. By way of preventing or preparing for possible legal procedures, a good patient record is of importance. The patient record should contain the information which the patient has provided, the patient's request for help, and the character of the patient's expectations for treatment.

Bron

M.A.J. Eijkman
Uit de sectie Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum
Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
Datum van acceptatie: 9 augustus 2011
Adres: prof. dr. M.A.J.Eijkman, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004,
1081 LA Amsterdam
maj.eijkman@acta.nl