

werkers aan het onderzoek), vergeleken met bruggen geplaatst door studenten.<sup>7</sup> Blijkbaar speelt bij het maken van een etsbrug ervaring een rol bij de resultaten. Een vergelijking van de klinische resultaten van etsbruggen met andere prothetische voorzieningen levert het volgende beeld op: na 2.5 jaar blijkt van kunstharsplaatprothesen 40% van de schakelprothesen niet meer te functioneren.<sup>13</sup> De levensduur van de partiële plaatprothese lijkt korter dan die van de etsbrug. De levensduur van de frameprothese komt voor een periode van 2.5 jaar overeen met die van de etsbrug: na 2.5 jaar blijkt 10% van de frameprothesen in de bovenkaak en 20% van de frameprothesen in de onderkaak niet meer te functioneren.<sup>13</sup> Uit een evaluatie van conventionele bruggen bleek dat van 86 bruggen tijdens gemiddeld zeven jaar functioneren 4.4% een nabehandeling nodig had en 0.5% was mislukt.<sup>14</sup> In vergelijking met conventioneel brugwerk vergen etsbruggen aanzienlijk meer nabehandelingen.

Bij de uitvoering van de etsbrug is gekozen voor een individueel vervaardigde kunsthars pontic. Het gebruik van kunsthars heeft als voordeel dat de brug bij het hantieren vóór het plaatsen minder kwetsbaar is. De vleugels worden zo dun uitgevoerd dat de metaalconstructie meestal iets buigbaar is. Wanneer als nadeel de mogelijke slijtage van de kunsthars van de pontic op lange termijn wordt genoemd, moet worden bedacht dat ook het composietmateriaal aan degradatie onderhevig is. De levensduur van etsbruggen zal met name van de veranderingen van composietmateriaal in de tijd afhangen.

### 5. Slotbeschouwing

Het aantrekkelijke van het toepassen van een etsbrug is, behalve de korte behandelings- en de lage kosten vergeleken met een conventionele brug, dat met opoffering van een minimale hoeveelheid gezond tandweefsel een vaste prothetische vervanging is aan te brengen.

## REDACTIONEEL

### DE NADAGEN VAN DE THUISWERKER

L. J. A. VAN SCHIJNDEL

Trefwoorden: Gedragwetenschappen – Voorlichtingskunde – 'Tweede mening' – T.I.P.-project

#### Inleiding

Weinig twijfel bestaat er vandaag de dag over de betere toerusting van de tandartsen wanneer zij hun intrede doen in de maatschappij. In vergelijking met de eerste

De techniek van het etsbrugwerk is momenteel sterk in ontwikkeling. Enerzijds wordt gewerkt aan de oppervlaktebehandeling van het metaal van de retentievleugel en de samenstelling van de composietmaterialen om de hechtsterkte metaalcomposiet te vergroten. Anderzijds is er een ontwikkeling in de vormgeving van de retentievleugels van de etsbruggen. De Rochette-brug is momenteel het eenvoudigste type etsbrug en heeft de volgende voordelen:

- De tandtechnicus hoeft voor de vervaardiging geen speciale materialen of hulpmiddelen aan te schaffen.
- De tandarts kan de etsbrug passen en plaatsen in dezelfde zitting.
- Ieder chemisch-hardend composietvulmateriaal kan worden gebruikt voor het bevestigen.
- De brug kan eventueel eenvoudig worden verwijderd door het wegslijpen van de composietpluggen in de metaalperforaties.
- Een losgeraakte brug kan zo zonder meer worden herplaatst, nadat de composietresten van het brugdeel en de pijlerelementen zijn verwijderd.

Daarmee heeft de etsbrug volgens Rochette in ieder geval een indicatiegebied als semipermanente vervanging van een verloren gegaan gebitselement met nagenoeg gave buurelementen.

#### Summary:

Title: A 5-year clinical evaluation of cast metal resin-bonded fixed partial dentures according to Rochette.

Keywords: Prosthetic dentistry – Fixed partial dentures – Composites – Adhesive bridges

A follow-up study of cast metal resin-bonded fixed partial dentures according to Rochette was performed. After a mean observation period of 2.5 years out of a total of 82 fixed partial dentures 16 dentures (20%) were dislodged. The results in the posterior region of the mouth did not

differ from the results in the anterior region. But dentures of four or more units showed a higher percentage of dislodgements than 3-unit dentures. In most cases the place of dislodgement was between composite resin and the perforated metal retainer.

When a tooth has to be replaced with sound neighbouring teeth then a cast metal resin bonded fixed partial denture can be a tooth-preserving, reversible 'fixed' appliance.

#### Literatuur:

1. Rochette AL. Attachment of a splint to enamel of lower anterior teeth. *J Prosthet Dent* 1973; 30: 418-23.
2. Livaditis GJ, Thompson VP. Etched castings. An improved retentive mechanism for resin-bonded retainers. *J Prosthet Dent* 1982; 47: 52-8.
3. Kuhlke KL, Drennon DG. An alternative to the anterior single tooth removable partial denture. *J Int Assoc Dent Child* 1977; 8: 11-4.
4. Denehy GE, Howe DF. A conservative approach to the missing anterior tooth. *Quintessence* 1979; 7: 23-9.
5. Shaw MJ, Tay WM. Clinical performance of resin-bonded cast metal bridges (Rochette bridges). *Br Dent J* 1982; 152: 378-80.
6. Bergendal B, Hallonsten AL, Koch G, Ludvigsson N, Olgaard K. Composite retained onlay bridges. A follow-up study on adolescents. *Sved Dent J* 1983; 7: 217-25.
7. Williams VD, Denehy GE, Thayer KE, Boyer DB. Acid-etch retained cast metal prostheses: a seven year retrospective study. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 629-31.
8. Eshleman JR, Moon PC, Barnes RF. Clinical evaluation of cast metal resin-bonded anterior fixed partial dentures. *J Prosthet Dent* 1984; 51: 6, 761-4.
9. Davidson CL, Arends J. Composieten en fissuurlakken. De Nederlandse bibliotheek der Tandheelkunde. Alphen a/d Rijn: Stafleu en Tholen b.v., 1980: 36.
10. Van der Veen JH, Bronsdijsk AE. Das OVS-System als Haftmechanismus für Komposit-Ätzbrücken. Ein neue Verbundtechnik zwischen Metall und Komposit. *Quintessenz* 1984; 35: 1943-6.
11. Lutz F, Luscher B, Mühlemann HR. Adhäsive Zahnheilkunde. Zürich: Juris Buch und Verlag, 1976: 166.
12. Livaditis GJ. Cast metal resin-bonded retainers for posterior teeth. *J Am Dent Assoc* 1980; 101: 926-30.
13. Vermeulen AHBM. Een decennium evaluatie van partiële prothesen. Een beschrijvend klinisch longitudinaal onderzoek. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1984: 124 en 144. Proefschrift.
14. Leempoel PJB, Eschen S, De Haan AFJ, Van 't Hof MA. Evaluatie van bruggen en van kronen onder frameprothesen in een algemene praktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1984; 91: 231-6.

Mei 1985.

Ant. Deusinglaan 1,  
9713 AV Groningen.

leerproces dat de huidige tandartsen hebben ondergaan tijdens hun opleiding. De wetenschappelijke fundering van hun handelen heeft gelijke tred gehouden met de ontwikkelingen elders in de wereld en ook de vaardigheden waarover zij beschikken zijn veelsoortiger en getoetst door wetenschappelijk onderzoek. Van hen wordt verwacht dat zij door nascholing op de hoogte blijven. Zich terugtrekken in de geborgenheid van de thuispraktijk is thans niet meer denkbaar.

### Spanningsveld

Parallel aan de geschetste ontwikkeling groeide de mate van 'geïnformeerde' van het publiek, van de patiënten. Zij zijn 'mondiger' geworden; dat betekent dat zij bezig zijn zich een geheel eigen beeld te vormen van de zorg die de gezondheid van hun mond vereist. Een beeld dat is samengesteld uit flarden kennis bijeengegaard in een langere of kortere levensperiode, deels van professionele oorsprong, deels vanuit de algemene (leken)pers. Hun selectie uit dit aanbod van informatie wordt bepaald door hun eigen referentiekader en hun intelligentie. Het publiek treedt de tandarts dus niet tegemoet voorzien van een zorgvuldig opgebouwd en verwerkt pakket van kennis, maar het beschikt over een vrij warrig geheel van in het geheugen vastgekleefde feiten en ervaringen. Een practicus die met zijn patiënt in gesprek komt zal bijgevolg slechts zelden opkijken van de mate, waarin deze is onderlegd, en van de dodelijke logica van de aangevoerde argumenten. Zonder dieper op de geschetste materie in te gaan, kan vastgesteld worden dat stof voor misverstand en conflicten rijkelijk aanwezig is. De ervaringen van de Afdelingsraden van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en ook de klachten, die bij organisaties als de Consumentenbond terecht komen, leveren hiervan het bewijs.

### Drie partijen

Bovenstaande regels geven al direct aan dat de interactie zich niet alleen in de nauwe relatie van patiënt en tandarts afspeelt, maar dat een derde partij in het geding is; een partij die in toenemende mate werkzaam is en een vrij heterogene samenstelling heeft. Immers overheid, beroepsorganisaties en groeperingen vanuit de consumenten hebben ieder hun eigen invalshoek. Zij bemoeien zich ieder op hun wijze met de patiënt of de tandarts of met beiden. Zij treden regelgevend op, geven informatie of behandelen klachten met als einddoel de zorgverlening beter te doen functioneren. Deze ontwikkeling is zeker toe te juichen. Te meer omdat de meest kwetsbare groep, met name de patiënten, een betere bescherming geboden kan worden. Het is dan ook een goede zaak dat de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, NMT, heeft besloten aan deze behoefte tegemoet te komen met als begin een klein aantal proefprojecten voor Tandheelkundige Informatie Punten (T.I.P.).<sup>1</sup>

De periode van anderhalf jaar, waarna de resultaten zullen worden getoetst, lijkt wel erg kort voor een goed oordeel gezien de ervaringen elders opgedaan zoals met het Azifo-project.<sup>2</sup> Immers in die korte tijd moet aan enige voorwaarden worden vol-

daan. Zo zal het publiek bekend én vertrouwd gemaakt moeten zijn met het bestaan van deze instellingen en het rijp maken van de bevolking kost veel tijd.

### Het T.I.P.-project

Het beoogde doel van deze inspanning kan als volgt worden samengevat:

1. de patiënt resp. het publiek informatie verschaffen omtrent concrete vragen hetzij op persoonlijk niveau dan wel collectief;
2. de mogelijkheid te scheppen
  - a. voor de patiënt om bij twijfel een 'tweede mening' (second opinion) te vragen;
  - b. voor de tandarts om in collegiaal verband zijn behandelplan te laten doorlichten (collegiale toetsing);
3. klachten te behandelen van patiënten die menen in hun belangen te zijn geschaad en aldus door het geven van inlichtingen een mogelijke juridische complicatie te voorkomen.

Het is dus een driesporenbeleid dat tot doel heeft de betrokken relaties in goede banen te houden en het contact patiënt-hulpverlener in goede harmonie te doen verlopen. Het preventieve karakter komt hierbij dus duidelijk tot uitdrukking.

### Culturele achtergrond

De diepere oorzaak van deze ontwikkeling is terug te vinden in het democratiseringsproces dat allerwege in de samenleving valt waar te nemen. De wat autoritaire en daardoor repressieve wijze van functioneren van onder meer de overheid en de 'vrije beroepen', weliswaar gegrond op een grote verantwoordelijkheid en een hoog opleidingsniveau, kalft wat af en lijdt daardoor aan 'beelderosie'. Dit mag niet negatief gezien worden, uitgezonderd de excessen. Het gezag wint daardoor aan authenticiteit en waarachtigheid. Het is geen afgeleide meer van titel of predikaat, maar van *echte deskundigheid*, die ook de academische twijfel insluit. Wat dit laatste betreft schiet ook de tandheelkundige professe wel eens tekort.

Het is nog geen gebruik dat tandartsen uit eigener beweging een collega raadplegen behalve dan door het insturen van een patiënt naar beoefenaren van een van beide erkende specialismen. De initiatieven van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie sluiten hier goed bij aan. De instelling van het instituut van de 'Tandarts-Parodontoloog' vormt een eerste doorbraak, zoals reeds eerder uiteen werd gezet.<sup>3</sup> Wanneer in de toekomst de tandheelkundige beroepsuitoefening inderdaad uit de beperkingen van 'verstrekkingenpakketten' zal loskomen en daardoor aan

inhoud zal winnen, zal zeker ook de behoefte aan een 'tweede mening' sterker worden gevoeld zowel door de patiënt als vanuit de hulpverlening zelf en misschien ook vanuit de groep der verzekeraars en consumentenorganisaties. Kortom bij alle betrokkenen. De NMT staat dan klaar.

De vraag dringt zich wel op in hoeverre de behoefte aan een 'tweede mening' maatschappelijk gezien in deze tijd niet wat overtrokken is. Grofweg 70% van de bevolking valt onder het regiem van de ziekenfondsverzekering. Het geboden pakket van tandheelkundige voorzieningen omvat zeker niet die complexiteit dat daarover veel verschil van inzicht mogelijk is. De consensus binnen de professe over indicatieproblemen voor de weinige behandel mogelijkheden zal niet zo vreselijk moeilijk zijn, zeker niet nu de behandelcapaciteit vrijwel volledig is en tandartsen de zorgverlening binnen de geboden mogelijkheden kunnen optimaliseren.

Misschien is het veeleer het onderwerp 'klachtenbehandeling' dat de aandacht zal vragen. De patiënt dus die meent dat een behandeling anders of beter uitgevoerd had kunnen worden of zelfs slecht is gedaan. Ook deze 'klachtenbehandeling' zal vermoedelijk uiteindelijk neerkomen op informatieverstrekking aan de onvoldoende of slecht geïnformeerde patiënt, die verward is door het verschil in taakopvatting bij de tandartsen of te hoog gespannen verwachtingen koesterde. De positieve kanten aan de gehele opzet zijn overduidelijk. De beoogde lage toegangsdrempel is voor de patiënt zeer wezenlijk waar het gaat om het verkrijgen van informatie. De tandarts zal er mee moeten leren leven; beter nog hij zal het moeten kunnen waarden dat collegae zijn handelen toetsen op goed professioneel gedrag. Dit bevordert het handhaven van ethische normen en voorkomt ongewenste bemoeiingen vanuit de samenleving en de overheid. De Maatschappijrechtspraak zal vermoedelijk een verlichting van haar werkzaamheden kunnen ervaren en zich kunnen beperken tot conflictbeheersing als laatste barrière voordat de justitie aan moet treden.

Conclusie kan zijn dat het binnen dit krachtenveld van belangen en ethische normen moeilijk manoeuvreren zal zijn. Dat was het al voor de tandarts en dat wordt het voor degenen die het T.I.P.-project gaan bemannen. Optimale duidelijkheid in hun taakomschrijving lijkt een eerste vereiste.

### Literatuur:

1. Horsthuis W. Symposium ziet heil in 'second opinion'. NT 1985; 40:590-2.
2. Eijkman MAJ, Savelberg J, Heyster HL. Tandarts ombudsman en patiënten contactpersoon. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1984; 62:83-9.
3. Van Schijndel LJA. T.P. - Uit armoede geboren - De Tandarts-Parodontoloog. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92:337-8.