

EEN ZESJARIGE EVALUATIE VAN DE C-PROTHESE IN DE REGIO AMSTERDAM

DE RESULTATEN VAN HET VERVAARDIGEN VAN DE VOLLEDIGE PROTHESE IN RELATIE MET DE P.A.O.T.-CURSUS VOLLEDIGE PROTHESE

SAMENVATTING

Om naast het curriculum van de vijf tandheelkundige opleidingen in Nederland en dat van de tandtechnische vakopleiding in Utrecht een nascholingsprogramma te realiseren werd in 1978 door samenwerking van de tandheelkundige professie met de Amsterdamse ziekenfondsen, de tandtechnische laboratoria en de universiteiten de invoering van een volledige prothese-cursus mogelijk. Als gevolg van de invoering van de A- en B-prothese in het ziekenfondspakket in 1979 werd deze prothesemethode de C-prothese genoemd. In 1982 werd deze cursus opgenomen in het programma van het P.A.O.T.-orgaan te Utrecht. Tot ultimo 1985 zijn 15 cursussen gegeven met 265 tandartscuristen en 109 tandtechnici-curisten.

Naast de technisch-functionele en esthetische aspecten werd aandacht besteed aan de psychosociale begeleiding van de patiënt. Deze méér-inspanning van de werkzaamheden voor tandarts en tandtechnicus is honorabel gemaakt zonder dat de patiënt een hoger bijbetalingsbedrag is gevraagd.

In tabelvorm zijn overzichten verzorgd van het aantal vervaardigde prothesen in de jaren 1977 tot en met 1985 voor zover mogelijk gesplitst in A, B en C-methode, zowel in het behandelingscentrumsysteem als in de huispraktijken in de regio Amsterdam.

Geconcludeerd is dat deze methode een afname van het aantal schriftelijke klachten bij de adviserend tandarts van het Tandheelkundig Controle Instituut heeft bewerkstelligd.

Door een adequate indicatie in multidisciplinaire samenwerking tussen kaakchirurg en tandarts zijn de behandelmethoden voor de patiënt niet alleen vergroot maar is het ook mogelijk geworden een efficiënter gebruik te maken van de 'up to date' zijnde kennis en kunde van zowel de tandheelkundige als de tandtechnische aspecten bij het vervaardigen van een gebitsprothese met inachtneming van de psycho-sociale omstandigheden van de patiënt.

Aanbevolen wordt in de toekomst aandacht te besteden aan de nazorg van de gebitsprothese op zowel korte als lange termijn door enerzijds een verstrekking 'naregistratie volledige prothese' en anderzijds een 'gebitsprothesebewijs voor de tandeloze patiënt' mogelijk te maken.

Het stimuleren van een mondbewust gedrag van de tandeloze patiënt is tevens een aandachtsveld dat gekoppeld moet blijven aan een goede voorlichting.

VELDHUIS AAH, MEIJER FR, VAN DER KUIJ P. Een zesjarige evaluatie van de C-prothese in de regio Amsterdam. De resultaten van het vervaardigen van de volledige prothese in relatie met de P.A.O.T.-cursus Volledige Prothese. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 63-8.

A. A. H. Veldhuis, tandarts
Fr. Meijer, tandarts
P. van der Kuij, tandarts

Uit de Stichting Centrum voor Bijzondere Tandheelkundige Hulp en Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen en de Algemene Kliniek van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Trefwoorden: **Prothetische tandheelkunde** – Volledige prothese – P.A.O.T.

Datum acceptatie: 19 september 1986.

Adres: Dr. A. A. H. Veldhuis, Klaprozenweg 75, 1033 NN Amsterdam.

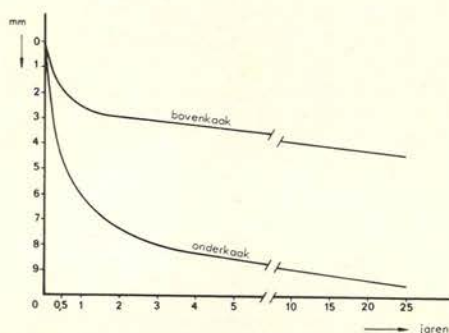
1. INLEIDING

Het door de tandarts herkennen en erkennen van de gevoelens van de patiënt is belangrijk voor de acceptatie van de gebitsprothese.¹ De gedragswetenschappelijke aspecten hebben ook in Nederland reeds geruime tijd aandacht gekregen in de tandheelkundige behandeling van patiënten.²⁻⁹ De relatie tussen patiënt en tandarts is onder meer in de tandvervang-kunst belangrijk omdat juist het verlies van alle of bijna alle tanden en kiezen een grote invloed op de patiënt kan hebben.¹⁰

Er zijn geen exacte gegevens bekend met betrekking tot het aantal dragers van gebitsprothesen in Nederland.¹¹ Ongeveer 30% van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder draagt een gebitsprothese.¹² Er zijn opvallende verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Rond de vijftigjarige leeftijd, bijvoorbeeld, heeft circa 50% van de ziekenfondsverze-

kerden een volledig kunstgebit in vergelijking met circa 30% van de particulier verzekerden.

Na extractie resorbeert de processus alveolaris doordat de natuurlijke prikkel tot instandhouding – de aanwezigheid van gebitselementen en wortelvlies – is geëlimineerd. Een uit resultaten van onderzoek



Afb. 1: De gemiddelde afname van de processus alveolaris van de bovenkaak en de onderkaak.¹³

geconstrueerde grafiek geeft een duidelijk beeld van het voortschrijdend alveolair botafbraakproces van de kaakwalhoogte van de bovenkaak en van de onderkaak (afb. 1).¹³⁻¹⁵ Het is van belang zich te realiseren dat de resorptie een continu proces is; zelfs na tientallen jaren kan het hoogteverlies nog 0,3-0,4 mm/jaar bedragen.¹⁶

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde heeft een beroep gedaan op de Nederlandse professie meer aandacht te schenken aan patiënten met een volledige prothese.¹⁷ Mede op grond van deze uitspraak en op aanbevelingen van het platvorm – een adviescommissie bestaande uit stafleden en tandartsen van de voormalige A.T.Z., na 01-01-1984 Dienst Uitvoering Tandheelkunde (D.U.T.) van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken – heeft de voormalige A.T.Z. besloten een postacademische cursus 'Volledige prothese' te organiseren voor tandartsen en tandtechnici.

2. EVALUATIE VAN DE POST ACADEMISCH ONDERWIJS TANDHEELKUNDE-CURSUS 'VOLLEDIGE PROTHESE'

In februari, juni en september 1979 zijn de eerste drie cursussen 'Volledige prothese' gegeven. De in deze cursus gedoopte techniek, aangeduid met A.P.F. (Aesthetiek, Phonetiek en Functie) is ontwikkeld aan de universiteit van Marburg.¹⁸ Er werden in dat jaar 75 tandarts-cursisten en 24 tandtechnicus-cursisten te zamen geïnstrueerd.¹⁹

Tijdens de vierde cursus in februari 1980 zijn de patiënten van de voorafgaande cursussen ter beoordeling van de prothese opgeroepen. Tevens is at random een 200-tal patiënten getrokken uit het totaal van 425, voor wie een volgens het A.P.F.-systeem vervaardigde prothese was gemaakt in de eigen praktijk door tandartsen die de cursus hadden gevolgd.²⁰

Gedurende 1980 en 1981 werden de cursussen vervolgd op een behandelingscentrum. In de loop van 1982 is samenwerking gevonden met de vakgroep Prothetische Tandheelkunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam. In 1983 tot en met 1986 heeft dit geresulteerd in het feit dat de cursussen werden gegeven op de Subfaculteit Tandheelkunde van de Vrije Universiteit en in het feit dat de cursus werd opgenomen in het programma van het P.A.O.T.-orgaan te Utrecht.

Totaal over de jaren 1979 tot en met 1985 hebben 265 tandartsen en 109 tandtechnici deelgenomen (tabel I).

De methode werd aangepast op die welke gebruikelijk was bij de vakgroep Prothetische Tandheelkunde van de Subfaculteit Tandheelkunde van de Vrije Universiteit. Zowel de A.P.F.-methode als de later gevolgde methode voor het vervaardigen van de volledige prothese confirmeren zich aan de opvattingen zoals die zijn beschreven door de vijf hoogleraren Prothetische Tandheelkunde.²¹ Aan de minimum-eisen van dat rapport zijn door ons toegevoegd de intra-orale registratie van de gebitsprothese en de begeleiding van de pa-

Tabel I. Aantal tandartsen- en tandtechnici-cursisten die hebben deelgenomen aan de cursus 'Volledige prothese' gedurende de jaren 1979 t/m 1985.

jaar	tandartsen	tandtechnici
1979	75	24
1980	43	16
1981	31	12
1982	24	8
1983	26	12
1984	42	21
1985	24	16

tiënt. Van groot belang is gevonden aandacht te besteden aan de gedragswetenschappelijke aspecten van het dragen van een volledige gebitsprothese. De voorlichting aan de gebitsprothesedragers maakt een wezenlijk deel uit van de behandeling van deze patiënt.

In de periode 1979/1980 heeft in het verstrekkingspakket voor de ziekenfonds-verzekerde patiënt een belangrijke mutatie plaatsgevonden nl. de invoering van het begrip A- en B-prothese. De in de cursus gevolgde methode omvatte echter ook de intra-orale registratie boven de in de B-prothese omschreven methode voor wat betreft de tandarts, alsmede het door toedoen van deze intra-orale registratie opnieuw monteren in de articulator door de tandtechnicus. Tevens is het inslijpen in de articulator na het persen van de volledige prothese niet in het B-pakket opgenomen zodat ook hier sprake is van een méer-verstrekking van de kant van de tandtechnicus. De invoering van het begrip A- en B-prothese noopte de cursus 'Volledige prothese' als 'C-prothese' te betitelen. Deze meerwaarde van de C-prothese geeft voor de ziekenfonds-verzekerde patiënt geen verschil in bijbetalingsbedragen.

3. RESULTATEN

Het is in deze evaluatie alleen mogelijk de resultaten voor de regio Amsterdam te beschrijven. Per ultimo 1985 waren in de behandelingscentra van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken 224 tandartsen werkzaam. In de huispraktijk functioneerden 141 tandartsen die een overeenkomst met het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken hadden. Bij de schooltandheelkun-

Tabel II. Overzicht van het aantal tandartsen die een overeenkomst hebben met het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken hetzij in het behandelingscentrumsysteem, hetzij in de huispraktijk, hetzij in de schooltandheelkunde, die de P.A.O.T.-cursus 'Volledige Prothese' hebben gevolgd ten opzichte van het totaal aantal tandartsen werkzaam in de behandelingscentra, de huispraktijk en de schooltandheelkunde.

aantal tandartsen	aantal tandartsen die VP-cursus hebben gevolgd	percentage tandartsen die VP-cursus hebben gevolgd
BC 224	156	70%
HP 141	13	9%
STV 23	12	51%

BC = tandartsen behandelingscentrum; HP = tandartsen huispraktijk; STV = tandartsen schooltandheelkunde.

de waren 23 tandartsen verbonden. Deze laatste tandartsen voeren tevens één of meer dagen algemene praktijk in het behandelingscentrum. Van de 224 tandartsen in de behandelingscentra hadden 156 deelgenomen aan de cursus 'Volledige prothese'; van de 141 tandartsen in de huispraktijk 13 en van de 23 tandartsen van de schooltandheelkunde 12 (tabel II).

Het aantal aan de cursus deelnemende tandartsen in het behandelingscentrumsysteem en de schooltandheelkunde is hoog. Verklaring kan zijn dat de tandarts verbonden aan het behandelingscentrumsysteem bij deelname aan de cursus de cursuskosten uit zijn praktijkkostenafrek krijgt gerestitueerd voor het aantal werkeenheden per week dat hij met het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken heeft gecontracteerd. Hij dient de cursustijd (voornamelijk de vrijdagmiddag) zelf beschikbaar te stellen, terwijl zowel het honorariumdeel als het praktijkkostendeel hem niet worden uitgekeerd respectievelijk ingehouden. De tandarts in de huispraktijk dient de cursuskosten zelf te voldoen uit zijn praktijkkosten. Alhoewel per saldo de cursuskosten voor zowel de tandarts in het behandelingscentrumsysteem als in de huispraktijk gelijk liggen, kan het psychologische aspect van restitutie van cursuskosten een aanmerkelijke rol gespeeld hebben.

Het aantal prothesen dat in de loop van de jaren 1977 tot 1985 is vervaardigd in de regio Amsterdam bij ziekenfondsverzekerden, uitgesplitst over de A-, B- en C-prothese treft u aan in tabel III.

Uit tabel III blijkt dat het aantal vervaardigde C-prothesen in de loop der jaren is gestabiliseerd rond het percentage van 30% van alle gemaakte volledige gebitsprothesen. Het aantal vervaardigde A-prothesen is duidelijk afgenomen tot een percentage van 10% van het totaal aantal vervaardigde prothesen. Bij de aanvang van het invoeren van A- en B-prothesemethoden werd verwacht dat het aantal A-prothesen sterk zou afnemen.

Door het invoeren van de C-prothese in de regio Amsterdam, als proefneming, is ingespeeld op de tandheelkundige en tandtechnische mogelijkheden van de jaren tachtig om beter aan de behandelbehoefte van de edentate patiënt te kunnen voldoen. Ook de patiënt dient tot meer mondigheid te worden gestimuleerd door niet alleen een grotere inbreng bij het vervaardigen van de gebitsprothese maar ook door een mond-bewuster gedrag nadat de prothese is vervaardigd.

Het blijkt dat de B-methode in iets meer dan de helft van het totaal aantal te vervaardigen gebitsprothesen wordt gekozen. Zoals eerder is gebleken (tabel II) moet worden opgemerkt dat niet alle tandartsen-medewerkers ziekenfonds in het behandelingscentrumsysteem en zeker niet in de

Tabel III. Aantal vervaardigde prothesen in de regio Amsterdam bij ziekenfondsverzekerde patiënten in de periode 1977 t/m 1985. Vanaf het jaar 1979 gesplitst in A-, B- en C-prothese.

jaar	A	% v/h totaal	B	% v/h totaal	C	% v/h totaal	totaal
1977	n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		5374
1978	n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		5400
1979	n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		5666
1980	2964	53,5	1421	25,5	1160	21	5545
1981	1770	34	2002	38,5	1410	27,5	5182
1982	1166	22	2535	48	1571	30	5272
1983	935	19	2571	52	1453	29	4959
1984	764	16	2568	52	1567	32	4897
1985	443	10	2605	56	1549	34	4597

Tabel IV. Aantal vervaardigde A-, B- en C-prothesen in de regio Amsterdam in behandelingscentrum (BC) en huispraktijk (HP) van 1980 t/m 1985.

	A		B		C		totaal
	HP	BC	HP	BC	HB	BC	
1980	77	2887	56	1365	24	1136	5545
1981	86	1684	83	1919	25	1385	5182
1982	59	1107	130	2405	29	1542	5272
1983	47	888	203	2368	33	1420	4959
1984	35	727	400	2168	33	1534	4897
1985	37	406	438	2167	59	1490	4597

Tabel V. Overzicht van het aantal in de regio Amsterdam vervaardigde volledige gebitsprothesen en het aantal schriftelijke klachten over deze gebitsprothesen die terecht bij de adviserend tandarts zijn ingediend.

jaar	aantal vervaardigde boven- en/of onderprothesen	terechte klachten	percentage terrechte klachten
1977	5374	126	2,34%
1978	5400	115	2,13%
1979	5666	128	2,26%
1980	5618	125	2,22%
1981	5262	120	2,28%
1982	5319	135	2,54%
1983	4676	90	1,92%
1984	5608	86	1,84%
1985	5174	84	1,62%

huispraktijk, de C-prothesemethode in hun praktijkvoering hebben opgenomen. Vermeldenswaard is het aantal A-, B- en C-prothesen die in 1980 tot en met 1985 in het behandelingscentrumstelsel en in de huispraktijk zijn vervaardigd (tabel IV). Het is opvallend dat het totale aantal C-prothesen in de periode 1980-1985 niet sterk vermeerderd bij de toename van het aantal tandartsen en tandtechnici die in deze periode de cursus gevolgd hebben. Nader onderzoek zal hier tevens aandacht aan besteden.

Het aantal schriftelijke klachten dat is

ingediend bij de adviserend tandarts van de Stichting Tandheelkundig Controle Instituut in de regio Amsterdam is in de periode 1977 tot en met 1985 afgenomen van 2,34% naar 1,62% (tabel V).

De adviserend tandarts beoordeelt de gebitsprothese op stabiliteit, retentie, occlusie en articulatie, beethoogte en esthetiek. Volgens zijn mededelingen worden tenminste 80% van de terrechte klachten veroorzaakt door een onjuiste beethoogte en/of foutieve centrale kaakrelatie.

Nadat de adviserend tandarts in de

meeste gevallen heeft bemiddeld om het gebitsprothese probleem te laten verhelpen bij een andere dan de behandeld tandarts, krijgt hij geen schriftelijke mededeling van de patiënt meer. De conclusie, dat de gebitsproblematiek op deze wijze verholpen is, lijkt hieruit getrokken te kunnen worden. Is deze conclusie echter een juiste?

4. DISCUSSIE

Los van de technisch-functionele aspecten spelen de individuele psycho-sociale aspecten van de gebitsprothetische zorgverlening een grote rol. Onder deze laatste aspecten zijn onder meer te rekenen de attitude en het verwachtingspatroon van de patiënt ten aanzien van een gebitsprothese, de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt alsmede omgevingsinvloeden en socio-economische achtergronden.

Het is gebleken dat op dit terrein, dat van wezenlijk belang is voor de zogenaamde acceptatie van het (onnatuurlijke) kunstgebit door de patiënt, in verhouding tot het technisch-functionele aspect, betrekkelijk weinig wetenschappelijk onderzoeksmateriaal voorhanden is. Zowel in het curriculum van de opleiding voor tandartsen als van de opleiding van de tandtechnicus is met de factor psycho-sociale begeleiding van de patiënt de laatste jaren meer rekening gehouden. De samenwerking tandarts-tandtechnicus zoals die in de P.A.O.T.-cursus 'Volledige prothese' plaatsvindt, levert een aanmerkelijk beter werkoverleg op, met als resultaat een juistere inspel op het verwachtingspatroon van de patiënt.

De esthetische vormgeving van de prothese is een van de voornaamste psychologische aspecten die een rol spelen bij de prothese. In de cursus wordt ook daaraan grote aandacht besteed. De patiënt, de tandtechnicus en de tandarts zijn allen persoonlijk aanwezig bij het 'passen in was' van de prothese. Door deze samenwerking kan een optimale esthetische vormgeving worden bereikt. Tijdens de cursussen is gebleken dat dit voor de patiënt tot een uitnemend resultaat leidde.

De financiering van de C-prothese maakt het mogelijk dat bij een gelijkblijvend bijbetalingsbedrag voor de patiënt, zowel de tandtechnische aspecten als de méér-inspanning van de tandarts honorabel worden gesteld zodat de technisch-functionele en esthetische aspecten als ook de psycho-sociale begeleiding van de patiënt mogelijk wordt gemaakt.

In een onderzoek door de Dienst Uitvoering Tandheelkunde (D.U.T.) van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken is een benadering gemaakt van de verzorgingsachterstand bij de edentate patiënt. De verzorgingsachterstand is geraamd door het aantal volledige prothese-ver-

strekkings van de jaren 1980, 1981 en 1982 van de D.U.T. te verzamelen. Indien mag worden aangenomen dat in Amsterdam 23% van de ziekenfondsverzekerden tandeloos is en gebitsprothesedragers is en indien per tien jaar een volledige gebitsprothese aan vervanging toe is, dan zouden er bij 521.000 ziekenfondsverzekerden in Amsterdam 11.983 volledige prothesen vervaardigd moeten worden. Er zijn gemiddeld over de genoemde drie jaar, per jaar 5377 gebitsprothesen vervaardigd zodat er op jaarbasis 6606 nog te vervaardigen zouden zijn. Alhoewel de mogelijkheid in 1985 zowel in de tandheelkundige mankracht als in kennis aanwezig is om een volledige gebitsprothese te laten vervaardigen, blijkt dat om de patiënt moverende redenen nog niet altijd de volledige prothese wordt verlangd zoals tandartsen en ziektekostenverzekeraar deze zich wensen.

In de jaren 1977 tot en met 1985 is het aantal ziekenfondsverzekerden aanmerkelijk afgenomen van 549.216 in 1977 naar 494.166 in 1985. De samenstelling van de Amsterdamse populatie heeft eveneens veranderingen ondergaan onder meer door een verhoging van het aantal mensen uit etnische minderheidsgroeperingen die een andere tandheelkundige attitude kennen. Stelselwijzigingen in het kader van de ziekenfondsgerechtigheid van de Amsterdamse bevolking in de loop van 1986 hebben een vermindering van het aantal te vervaardigen gebitsprothesen voor ziekenfondsrekening bewerkstelligd.

In het bestaande tandheelkundige voorzieningensysteem, ook voor wat betreft de volledige prothese, is thans sprake van zogenaamde 'haal'-zorg. Ook al zou het uit tandheelkundig oogpunt gewenst zijn tot vervaardiging en/of vervanging van een volledige gebitsprothese over te gaan, dan nog berust het initiatief daartoe bij de patiënt. Een discrepantie tussen noodzaak tot zorg en de behoefte aan zorg is daarom verklaarbaar en acceptabel, alhoewel voorlichting aan de tandeloze patiënt een noodzaak is. De tandarts verwacht van de patiënt dat deze zich steeds weer tot hem zal wenden om zijn gebitsprothese problemen op te lossen. Dat dit evenwel een onjuiste verwachting blijkt te zijn, valt te constateren uit het feit dat een aantal patiënten met hun gebitsprothese problemen blijven doorlopen. De patiënt verwacht dan niets meer van de tandheeldkunde en zoekt naar de voor hem, op dat moment, meest haalbare oplossing en blijft veelal met eigen hulpmiddelen 'doordokteren'.

'Het is echter zeer de vraag of met een kwalitatief andere gebitsprothese deze moeilijkheden zullen verdwijnen.'¹¹

'Er zijn vele patiënten die stad en land aflopen om telkens weer een nieuwe prothese te laten maken en dit aantal kan hoog oplopen. Vergist u zich niet, ook collega's

behoren tot deze ongelukkigen.'¹²

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In 1976 werd door de Commissie van Toezicht verwacht dat de belangstelling van de tandarts-medewerker ziekenfonds voor het behandelen van de edentate wordende en de edentate zijnde patiënt in de regio Amsterdam zou afnemen. Mede door de gefundeerde verwachtingen van deze Commissie heeft de voormalige A.T.Z. het voortouw genomen voor deze prothetische voorziening. De belangstelling voor deze prothetische behandeling bij tandartsen is gestabiliseerd en/of toegenomen.

Door het beginnen met postacademisch onderwijs, weliswaar in de aanvang para-universitair, doch in 1982 intra-universitair door het inpassen van de cursus 'Volledige prothese' in het onderwijspakket van het P.A.O.T.-orgaan, hebben zowel de Amsterdamse ziekenfondsen als de tandartsen een grote landelijke bijdrage geleverd aan de tandheelkundige zorgverlening van de tandeloze patiënt.

Ondanks een wijziging in de socio-grafische samenstelling van de Amsterdamse bevolking en een verminderd aantal ziekenfondsverzekerden en ondanks een sterk verminderde behoefte ten opzichte van het behandelen van ziekenfondsverzekerden uit rond Amsterdam liggende werkgebieden van ziekenfondsen – waarin door het toenemend aantal beschikbare tandheelkundige mankracht een kwantitatief betere zorgverlening kon worden opgebouwd in de periode 1979 tot en met 1985 – is het aantal vervaardigde volledige gebitsprothesen redelijk stabiel gebleven mede door toedoen van de C-prothese-cursussen (tabel III).

Het aantal schriftelijk ingediende klachten bij de adviserend tandarts is afnemend (tabel IV) terwijl de patiënt een betere toegang tot de adviserend tandarts van het Tandheelkundig Controle Instituut mogelijk is gemaakt. Hieruit zou, weliswaar voorzichtig, de conclusie mogen worden getrokken dat de kwalitatieve zorgverlening voor de edentate patiënten in de regio Amsterdam stijgende is.

De tandartsen in het behandelingscentrum hebben voor 2/3 of meer deelgenomen aan de P.A.O.T.-cursus 'Volledige prothese' (tabel I), terwijl de deelname aan de cursus door tandartsen in de huispraktijk teleurstellend mag worden genoemd.

Naast de verklaring dat er een verschil bestaat in de financiering van het cursusgeld van de tandartsen moet worden opgemerkt dat er tevens een aanmerkelijk verschil bestaat in de honorering van de C-prothese in het behandelingscentrum en in de huispraktijk. Dit verschil ligt niet in het honorariumdeel en/of praktijkkostendeel van de tandarts-medewerker in beide sys-

temen maar in het tandtechnische kostendeel ervan. De C-prothese wordt aan de tandarts-medewerker in de huispraktijk in één brutobedrag uitbetaald. De tandtechnische kosten echter zijn voor een C-prothese aanmerkelijk hoger (70%) dan in de B-methode omschreven in het rapport van de vijf prothetische hoogleraren in Nederland.²¹ In de huispraktijk zal een groter deel van het door het ziekenfonds uitbetaalde brutobedrag worden besteed aan de tandtechnische kosten. De tandtechnische kosten van de tandarts in het centrum worden door het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken rechtstreeks aan het tandtechnische laboratorium voldaan en hebben hierdoor geen invloed op het honorariumdeel van de tandarts-medewerker. Aanbevolen wordt deze discrepantie tussen in de huispraktijk werkzame en in het behandelingscentrumsysteem werkzame tandartsen spoedig op te heffen, om een gelijkwaardige behandeling van de verzekerde in de huispraktijk en in het centrumsysteem mogelijk te maken.

De patiënt moet zijn gebitsprothese problemen duidelijk kunnen maken aan de tandarts die de klacht kan vertalen in een eventueel technisch-functionele en/of esthetische verandering van de gebitsprothese of in een verder psycho-sociale begeleiding van de patiënt in dienst acceptatieproces van de gebitsprothese. Het valt aan te bevelen dat juist deze nazorg van de volledige prothese-patiënt in het ziekenfondsverstrekkingenpakket separaat wordt opgenomen en niet wordt vervat in het tarief zoals dat nu voor de A-, B- of C-prothese geldt, daar deze nazorg vaak patiëntgebonden is en onafhankelijk van de technisch-functionele en esthetische aspecten van de gebitsprothese.

Een apart onderdeel in deze nazorg omvat de naregistratie van de pas geplaatste gebitsprothese. Vast staat dat een pas geplaatste volledige gebitsprothese pas na zes weken tot drie maanden zijn uiteindelijke plaats in de mondholte heeft gevonden. Door verandering van de dragende delen van de boven- en onderkaak, o.a. door een tijdelijk versnelde reductie van de processus alveolaris²³ na het plaatsen van een gebitsprothese of wijziging van de resiliëntiefactoren van de mucosa, treden veranderingen op die van invloed zijn op de occlusie en articulatie van de gebitsprothese. Om deze verandering op korte termijn te volgen zullen alle pas geplaatste gebitsprothesen naregistreerd moeten worden. Vaak zal deze naregistratie extra-oraal dienen te gebeuren in goed overleg en samenwerking met de tandtechnicus opdat de patiënt zo kort mogelijk zijn gebitsprothese voor deze naregistratie hoeft af te staan. Tevens valt het aan te bevelen indien mogelijk, de gipsmodellen van de pas geplaatste gebitsprothese alsmede de 'gips'-sokkels van deze gebitsprothese

voor deze naregistratie te bewaren. De naregistratie die van essentieel belang is, komt niet voor in het ziekenfondsverstrekkingenpakket. Aanbevolen wordt deze omissie in het ziekenfondsverstrekkingenpakket zo spoedig mogelijk op te heffen.

De nazorg op langere termijn zal in de toekomst gezien tevens de aandacht moeten hebben van de ziektekostenverzekeraars. Gebleken is dat door de 'haal'-zorg, de patiënt de verantwoordelijkheid heeft voor eigen mondgezondheid. Moeilijk kan van de patiënt worden verwacht, dat hij de reductie van de processus alveolaris zelf kan bijhouden. Om de patiënt in deze een begeleiding te bieden valt het aan te bevelen de edentate patiënt éénmaal per twee jaar de tandarts te laten bezoeken, niet zozeer om naar de gebitsprothese te laten kijken alswel om medisch-technische veranderingen in de mond te kunnen constateren. In de universiteitskliniek heeft de ervaring met deze tweejaarlijkse 'recalls' aangetoond dat bij 20% van de patiënten medische en/of technische veranderingen waren opgetreden die een behandeling noodzakelijk maakten. Zoals er voor de geheel of partieel dentate patiënt een saneringsbewijs bestaat, dient er ten behoeve van de edentate patiënt een gebitsprothesebewijs te worden ingevoerd om de patiënt te stimuleren éénmaal per twee jaar de tandarts te bezoeken als preventieve gezondheids-technische maatregel.²⁴⁻²⁷

In de voorlichtingsbrochure voor de Nederlandse gebitsprothesedragers is aandacht besteed aan de onderwerpen die de gebitsprothesedragers moet weten.²⁸ Gebitsprothese-hygiëne, gebitsprothese-onderhoud, functioneren met de gebitsprothese en wat men van de gebitsprothese mag en kan verwachten, zijn, naast nazorg op korte en lange termijn, onderwerpen die op voor de patiënt verstaanbare taal in deze brochure worden behandeld.

Gerichte tandheelkundige voorlichting kan eerder bijdragen om de structurele verzorgingsachterstand op te heffen dan introductie van b.v. een nieuw beroep als tandprotheticus. Een juiste samenwerking tussen tandarts en tandtechnicus zoals die in de prothese-cursus wordt bewerkstelligd, blijkt tot een hogere mate van tevredenheid van patiënt, tandarts en tandtechnicus te leiden.

Eveneens is noodzakelijk, indien de patiënt niet tevreden is met de gebitsprothese, hem de postprothetische mogelijkheden mede te delen. Het geven van een adequate informatie is geleidelijk een even 'hard' onderdeel van de medische hulpverlening geworden als het vakkundig uitvoeren van de behandeling.²⁹

Wanneer een patiënt belangrijk medisch advies wordt onthouden, kan hij daar evenveel schade van ondervinden als van onzorgvuldigheid bij de behandeling. Het

is vaak nuttig de patiënt te informeren over de voortgang van operatieve wijzigingen van voornamelijk de onderkaak door middel van absolute- en/of relatieve kaakverhoging, of over de mogelijkheden van de implantologie door middel van het aanbrengen van tandwortelimplantaten met zonodig retentieverhogende verankeringsystemen.

Het is gewenst dat de door de tandarts of huisarts gewezen patiënt met gebitsprothese problemen in multidisciplinair verband door zowel de kaakchirurg als een tandarts-prothetist wordt gezien om een zo juist mogelijke indicatie te kunnen stellen. Het verdient aanbeveling om de prothetische behandeling en de nazorg, na overleg

met de verwijzend tandarts of huisarts op een centrum voor Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen te laten plaatsvinden.

Is het juist dat een patiënt met sterk gereduceerde kaken en/of andere ongunstige anatomische factoren in de mond meer gebitsproblemen zou kennen?⁸ Veelal is het mogelijk deze patiënten met een adequaat functionerende prothese en een juiste begeleiding naar tevredenheid te behandelen.³⁰ Het verdient aanbeveling om in een groot aantal gevallen, bij de verwezen patiënten, eerst een nieuwe C-prothese te vervaardigen alvorens over te gaan op kaakchirurgische behandelmethoden. In-

SUMMARY

A SIX YEARS EVALUATION OF FULL DENTURES IN AMSTERDAM.

Keywords: Prosthetic dentistry – Full denture – Postgraduate education

In order to realise a post-graduate program apart from the curriculum offered by the five dental faculties in The Netherlands and the dental technician training's course in Utrecht a full denture course was introduced in 1978. In setting up this course the dental profession cooperated with the Amsterdam public health services, the dental laboratories and the universities. Since the A and B dentures were accepted in the health service program in 1979 this method of preparing full dentures was called the C-denture.

In 1982 the Amsterdam course was added to the program of postgraduate studies in Utrecht. Up to 1985 15 courses were attended by 265 dentists and 109 dental technicians. Not only the technical-functional and aesthetic aspects of the dentures were taken into consideration but also the psychosocial care needed by the patient. The extra work for dentist and dental technician was paid for without asking the patient for a higher financial contribution.

In a table a survey is given of the number of dentures made from 1977 until 1985, both in the dental clinics and in the private practises in the Amsterdam area, if possible divided into A, B and C categories. It was concluded that the C-method has resulted in a decrease of the number of written complaints to the consulting dentist of the Public Health Authorities.

By expert indication in multidisciplinary cooperation between dental surgeon and dentist the methods of treatment have not only been increased but it has also become possible to make a more efficient use of up-to-date knowledge and expertise of both dental and dental technical aspects in preparing full dentures, taking into consideration a patient's psychosocial circumstances.

For the future it is recommended to pay close attention to post-treatment care of full denture patients both short and long term by re-checking the occlusion after the insertion of the dentures and on the other hand issuing a denture certificate for the edentulous patient.

Stimulating a dental hygiene conscious behaviour of the edentulous patient is an area of attention that should remain combined with detailed instructions.

LITERATUUR

- MOULTON R. Psychologic problems associated with complete denture service. *J Am Dent Assoc* 1964; 33: 476-86.
- BUISMAN PH. De psychologische zijde van de tandvervang. Deel I en II. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1964; 71: 93-100; 178-87.
- BOEKE PE. Over empirisch onderzoek naar gedragsvariabelen bij tandheelkundige afwijkingen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1964; 75: 401-17.
- BOEKE PE. Methodologische en praktische problemen bij het onderzoek naar psychische factoren bij tandheelkundige afwijkingen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1968; 75: 741-56.
- VAN DER PLOEG HM. Psychologie en Tandheelkunde I t/m IV. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1970; 77: 264-8; 304-8; 349-53; 383-8.
- VANDERDONCK R. Psychologie van de prothese patiënt. *Rev Belg Med Dent* 1975; 30: 145-60.
- VAN DEN BERG J. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1984; 91: 68-74.
- VAN WAAS MAJ. Een kunstgebit, een kwestie van doorbijten. Utrecht: rijksuniversiteit, 1985. Academisch proefschrift.
- VELDHUIS AAH. Radices en resorptie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1985. Academisch proefschrift.
- SCHUURS AHB. Factors associated with regularity of dental attendance. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1981. Academisch proefschrift.
- KALK W. Het kunstgebit een blij bezit? Amsterdam: Vrije Universiteit, 1979. Academisch proefschrift.
- VAN DEN BERG J. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking (1950-) 1981-1984. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1986; 93: 276-82.

dien na het vervaardigen van de nieuwe C-prothese in een aantal gevallen toch post-prothetische behandeling noodzakelijk is, kan, met uitzondering van de absolute kaakverhoging, de vervaardigde nieuwe prothese worden aangepast.

Door het volgen van deze indicatieroute kan in sommige gevallen een operatieve ingreep voorkomen worden. De méér-inspanning van de C-prothese kan dan zowel tandheelkundig, financieel als sociaal voor patiënt, ziektekostenverzekeraar als behandelend tandarts en/of specialist een 'minder-inspanning' tot gevolg hebben. Nader onderzoek in deze wordt aanbevolen.

Uit het voorgaande blijkt dat in Amsterdam vooralsnog de opvang van de edentate patiënt voornamelijk wordt gerealiseerd in het behandelingscentrumstelsel. De C-prothesemethode geniet voor de tandarts-medewerker ziekenfonds in de huispraktijk om voor hem moverende redenen – het direct betalen van de cursuskosten en het zelf bijpassen van de meerkosten van het tandtechnisch laboratorium – niet de voorkeur.

- ¹³ VAN DER KUY P. Reducing residual ridge reduction. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1981. Academisch proefschrift.
- ¹⁴ CARLSSON GE, PERSSON G. Morphologic changes of the mandible after extraction and wearing of dentures: a longitudinal, clinical and X-ray cephalometric study covering five years. *Odontol Rev* 1967; 18: 27-54.
- ¹⁵ TALLGREN A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972; 27: 120-8.
- ¹⁶ ATWOOD DA. The reduction of residual ridges: A major oral disease entity. *J Prosthet Dent* 1971; 26: 266-79.
- ¹⁷ SCHOENMAKER AJA. Mededeling aan de leden van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. *Ned Tandartsenbl* 1977; 32: 673.
- ¹⁸ LEHMANN K. Die Herstellung von totalen Prothesen im Mittelwert-artikulator. *Dental-Labor* 1977; 25: 185-8.
- ¹⁹ LIONI J, MEIJER F, ROBIJNS HPG, VELDHUIS AAH. Cursus volledige prothese in Amsterdam. *Ned Tandartsenbl* 1979; 34: 602-5; 1980; 35: 343-5.
- ²⁰ VELDHUIS AAH, MEIJER F, VAN DE BRAAK AA, LIONI J, ROBIJNS HPG. Verslag van de P.A.O.T.-cursus volledige prothese. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 433-6.
- ²¹ VAN DER VEN JF, VON JESSEN JOFC, TEMPEL FJ, FLÖGEL GE, SILLEVIS SMITT PAE. De behandeling van de edentate patiënt. *Ned Tandartsenbl* 1974; 29: 364-8.
- ²² RUYTEN JM. Sociale Tandheelkunde nu en in de toekomst. Syllabus bij het wetenschappelijk congres t.g.v. het tweede lustrum van de sectie Tandartsen Medewerkers Ziekenfondsen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde op 9 mei 1981, pg. 59.
- ²³ LEKKAS C, SWART JGN. De reductie van de processus alveolaris. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1984; 91: 41-6.
- ²⁴ KANTOROWICZ B, VAN DER VEEN J. De verzorging van het kunstgebit. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1952; 59: 196-211.
- ²⁵ BERGMAN B, CARLSSON GE, HEDEGARD B. A longitudinal study of two years of a number of full denture cases. *Acta Odontol Scand* 1964; 22: 3-16.
- ²⁶ BERGMAN B, CARLSSON GE. Review of 54 complete dentures wearers, patients opinions one year after treatment. *Acta Odontol Scand* 1972; 30: 399-414.
- ²⁷ DE KOOMEN HA. De verhoging van de geresorbeerde mandibula. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1982. Academisch proefschrift.
- ²⁸ KALK W, VELDHUIS AAH. De ontwikkeling van een voorlichtingsbrochure voor de Nederlandse gebitsprothesedragers. *Ned Tandartsenbl* 1978; 33: 918-20.
- ²⁹ DEKKERS F. Het tandheelkundig jaar 1981. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1981: 194.
- ³⁰ EIJKMAN MAJ. Tandarts en patiëntenvoorlichting. Een terreinverkenning in de (T.) G.V.O. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1979. Academisch proefschrift.

E.-M. SOBKOWIAK, H. WEGNER. *Konservierende Stomatologie*. Tweede druk, 298 pag., 320 afb., 16 tab. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1985. Prijs M 32,-. Bestelnr. 793 526 8.

Het boek is duidelijk uit twee zelfstandige delen samengesteld. Het eerste deel (auteur Wegner) beschrijft de historische ontwikkeling van de gebitselementen, de harde tandweefsels, de anomalieën en de ontwikkelingsstoornissen. Zij worden in de eerste twee hoofdstukken weliswaar beknopt, doch redelijk volledig beschreven. In hoofdstuk 3 worden de gevolgen van acute en chronische traumata aan doorgebroken tanden en ook de therapie zeer minimaal besproken. Tandcariës en preventie worden vrij oppervlakkig – zonder in te gaan op nieuwe inzichten – behandeld in de hoofdstukken 4 en 5. Hetzelfde kan worden gezegd van de therapie van het carieuze defect in hoofdstuk 6. De plastische en gietbare restauratiematerialen worden belicht vanuit een klassieke, traditionele kijk op conserverende tandheelkunde.

Het tweede deel (auteur Sobkowiak) is geheel gewijd aan de endodontologie en begint met een korte beschrijving van de histologie van de pulpa en het dentine in hoofdstuk 7 en de histopathologie van de

pulpa en het periapicale gebied in hoofdstuk 8. De klinische aspecten (van deze processen) worden kort en schematisch in hoofdstuk 9 beschreven. De therapie van de aangetaste pulpa en het dentinesysteem in het laatste hoofdstuk neemt het grootste deel van de endodontie in. Deze begint met de behandeling van de dentinewond, waarin zinkoxyde-eugenolpreparaten centraal staan, maar ook kort Ca(OH)₂-impregneermiddelen, lakken en liners aan bod komen. Vervolgens worden de therapieën voor de aangetaste, maar nog te herstellen pulpa, zoals de directe en indirecte overkapping als ook de vitaal-amputatie met indicatie en contra-indicatie beschreven. Ook de toepassing van corticosteroidpreparaten wordt daarbij aangevoerd. De topografie en de pulpa, de behandeling van de onherstelbaar aangetaste pulpa en het bijbehorende endodontische instrumentarium neemt het grootste gedeelte van dit deel in beslag. De gebruikelijke technieken en materialen voor de wortelkanaalbehandeling worden behandeld, waarbij ook aandacht is besteed aan de lengtebepaling op elektrometrische wijze en de bactericide werking, ter plaatse van de periapex, via de hydroxyl-ionofereze.

Concluderend kan worden gesteld, dat het boek de conserverende tandheelkunde op een vrij conservatieve wijze behandelt

zonder in deze tweede druk in te gaan op nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. De foto's bij de tekst zijn bovendien van matige kwaliteit. Het boek heeft te weinig diepgang om als naslagwerk voor studenten en algemeen-practici te worden aanbevolen.

J. E. Wiegman, Groningen

L. BOON (samensteller). *Ethiek, Recht en Zorg; Dilemma's bij Euthanasie, AIDS, Begin van Leven en Grenzen van Zorg*. Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg, deel 4. 121 pag's. Stichting SYMPOZ, Amstelveen 1986. Prijs f 19,50. ISBN 90 71725 01 4.

Op het eerste gezicht lijkt het vreemd dit symposiumverslag te bespreken voor tandartsen. De ondertitel vermeldt echter onder andere dat dilemma's ten aanzien van AIDS ter sprake komen. De bijdragen daarover zijn bijzonder boeiend en hoewel niet direct daarvoor bedoeld wel degelijk relevant voor de tandarts. Moet bijvoorbeeld een patiënt, die weet dat hij besmet is met het AIDS-virus, dat altijd aan zijn tandarts melden? Wat moet de houding van de tandarts zijn, wanneer hij of zij op grond van een laesie van het tandvlees of het mondslijmvlies denkt aan de mogelijk-