

Behandeling met een partiële gebitsprothese 1.

Regelgeving, zorg- en behandelplan

Een uitgebreide behandeling, zoals de behandeling met een partiële gebitsprothese, vereist een gestructureerde aanpak. Regels voor de communicatie tussen zorgverlener en patiënt in Nederland kunnen worden afgeleid uit de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* en de 'Gedragsregels voor tandartsen' van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Volgens in deze bronnen genoemde regels mag een zorgverlener alleen (be)handelen met toestemming van de patiënt en heeft hij een dossierplicht. Toestemming vereist informatie over en uitleg van de behandel mogelijkheden, de risico's en de kosten. In verband met de dossierplicht zijn voor uitgebreide interventies een zorg- en behandelplan vereist. Een vaste indeling en volgorde van de inhoud van een zorg- en behandelplan verkleint de kans dat essentiële zaken over het hoofd worden gezien.

Witter DJ, Brands WG, Barèl JC, Creugers NHJ. Behandeling met een partiële gebitsprothese 1. Regelgeving, zorg- en behandelplan
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 13-19
 doi: 10.5177/ntvt.2011.01.10261

Inleiding

Een uitgebreide behandeling, dus ook de behandeling met een partiële gebitsprothese, vereist een gestructureerde aanpak. Bij het opstellen van een zorg- en behandelplan dient men in Nederland rekening te houden met de wetgeving hieromtrent en met de professionele standaard. In dit artikel wordt de regelgeving rond zorg- en behandelplannen besproken en wordt een gestructureerde aanpak voorgesteld voor het opstellen van een zorg- en behandelplan met het doel probleemgericht en patiëntgericht tewerk te gaan, zodat wordt vermeden dat belangrijke zaken over het hoofd worden gezien.

Regelgeving

Uit verschillende wettelijke bronnen kunnen regels worden afgeleid voor de communicatie tussen zorgverleners en patiënten, waaronder de communicatie over zorg- en behandelplannen. De belangrijkste bron is de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO). Op grond van deze wet hebben patiënten onder andere recht op informatie (Burgerlijk Wetboek, artikel 7:448). Die informatie is noodzakelijk, omdat een patiënt op basis van die informatie al dan niet zijn toestemming geeft voor een bepaald onderzoek of een bepaalde behandeling. Zonder deze toestemming mag een (tand)arts niet handelen. Een andere wetsregel die in dit verband belangrijk is, is de dossierplicht van een (tand)arts. Artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek verplicht (tand)artsen een dossier bij te houden waarin aantekeningen staan over de gezondheid van een patiënt en de bij deze patiënt uitgevoerde behandelingen. De WGBO bevat naast een op-

somming van plichten voor (tand)artsen ook enkele plichten voor patiënten. Artikel 7:452 bevat een verplichting voor patiënten naar beste weten inlichtingen en medewerking te geven die een (tand)arts redelijkerwijs nodig heeft om een behandelovereenkomst uit te voeren. Artikel 7:461 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt dat patiënten loon zijn verschuldigd aan (tand)artsen, tenzij dit uit een andere bron, bijvoorbeeld de zorgverzekering, wordt betaald.

Hoewel de WGBO regels geeft voor zaken die van belang zijn voor een zorg- of behandelplan, komen deze woorden in de WGBO niet voor. Het begrip behandelplan komt wel voor in de uitwerking van de WGBO, namelijk in de 'Gedragsregels voor tandartsen', en in de jurisprudentie. De gedragsregels worden gezien als een aanvulling of nadere uitleg van de wet (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2010). Tabel 1 bevat een selectie van deze gedragsregels met betrekking tot communicatie en het maken van behandelplannen. Zo bepaalt gedragsregel 11 dat een tandarts voor een voorgenomen onderzoek of behandeling de toestemming nodig heeft van de patiënt en dat deze daartoe toereikend moet worden geïnformeerd. Als er sprake is van een uitgebreide behandeling moet een tandarts de patiënt adequaat adviseren over de verschillende behandel mogelijkheden. En dan vervolgt de gedragsregel: "*Patiënt en tandarts komen vervolgens een behandelplan inclusief de daaraan verbonden kosten overeen, hetgeen in geval van een uitgebreide en/of ingrijpende behandeling desgevraagd schriftelijk door de tandarts wordt vastgelegd en in ieder geval wordt opgenomen in zijn registratiesysteem.*" Aangegeven wordt dat deze regel een uitwerking is van de artikelen 450, 451 en 452 van de WGBO. Hoewel deze regel al concreter is dan de artikelen in de WGBO, blijven er nog wel vragen over. Wat is een 'uitgebreide' of 'ingrijpende' behandeling? Het antwoord op deze vraag is in de derde bron van regels te vinden, namelijk in de jurisprudentie op basis van uitspraken van rechters en klachteninstanties. Een aantal van deze uitspraken is gebundeld in een boek (Christiaans-Dingelhoff et al, 2002). Daarnaast worden al enkele jaren in het *Nederlands Tandartsenblad* uitspraken van vooral de Centrale Klachtencommissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde gepubliceerd en besproken. Voorbeelden van deze publicaties met betrekking tot behandelplannen en communicatie zijn samengevat in tabel 2. Hoewel voorbeelden niets zeggen over de frequentie van dergelijke procedures, is wel op te merken dat patiënten de laatste decennia een scala aan wettelijke rechten hebben gekregen en dat het aantal gedeponeerde klachten is toegenomen (Brands, 2006; Eijkman en De Baat, 2009). Of er in Nederland 'Amerikaanse toestanden' zijn te verwachten, waarmee wordt bedoeld een sterk claimgedrag van patiënten tegen

Onderwerp	Nummer	Tekst
Algemeen	05	De tandarts is bereid zich te verantwoorden en toetsbaar op te stellen. Daarbij is de norm de deskundigheid, de doelmatigheid, de doeltreffendheid, de patiëntgerichtheid en zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend tandarts mag worden verwacht.
Algemeen	07	In de relatie met de patiënt zal voor de tandarts het uitgangspunt zijn dat hij, met erkenning van beider eigen verantwoordelijkheid, zo goed mogelijk gestalte geeft aan een samenwerkingsrelatie die de bevordering van de mondgezondheid van de patiënt ten doel heeft.
Algemeen	12	Met inachtneming van de onzekerheden die de uitoefening van het beroep meebrengt, zal de tandarts de patiënt op voor hem begrijpelijke wijze (blijven) informeren omtrent diagnose, therapie, daaraan verbonden risico's, andere behandel mogelijkheden en prognose.
Toestemming Communicatie	11	De tandarts heeft de toestemming van de patiënt voor het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling, gebaseerd op toereikende informatie. Als sprake is van een uitgebreide behandeling, waarbij verschillende mogelijkheden openstaan, zowel in tandheelkundig als in financieel opzicht, zal de tandarts deze mogelijkheden met de patiënt bespreken en kenbaar maken welke overwegingen voor hem aanleiding zijn een bepaalde oplossing te adviseren. Patiënt en tandarts komen vervolgens een behandelplan inclusief de daaraan verbonden kosten overeen, hetgeen ingeval van een uitgebreide en/of ingrijpende behandeling desgevraagd schriftelijk door de tandarts wordt vastgelegd en in ieder geval wordt opgenomen in zijn registratiesysteem. Wijzigingen in het overeengekomen behandelplan dienen eveneens voorafgegaan te worden door toestemming gebaseerd op toereikende informatie van de patiënt en desgevraagd schriftelijk te worden vastgelegd.
Behandelplan		
Dossiervorming		
Deskundigheid/ verwijzing	17	Voor een goede behandeling kan het nodig zijn dat de tandarts verwijst naar een collega. De tandarts zal de verwijzing vergezeld doen gaan van relevante informatie alsmede een duidelijke omschrijving van het doel van de verwijzing. De collega of tandarts-specialist naar wie verwezen is, zal de tandarts zo spoedig mogelijk op de hoogte stellen van de bevindingen.
Dossiervorming	28	De tandarts neemt van elke patiënt de voor de behandeling relevante gegevens in een registratiesysteem op. Deze registratie zal in ieder geval de gegevens omvatten met betrekking tot de verleende hulp en adviezen, alsmede (röntgen)opnamen. De registratie zal geschieden overeenkomstig de binnen de beroepsgroep gebruikelijke registratiesystemen. De tandarts bewaart deze gegevens gedurende ten minste 15 jaar na het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd of vastgelegd.
Inzage/afschrift	29	Met uitzondering van zijn persoonlijke werkaantekeningen geeft de tandarts aan de patiënt op diens verzoek inzage in of tegen kostprijs een afschrift van de hem betreffende gegevens.

Tabel 1. Selectie van gedragsregels, opgenomen in de 'Gedragsregels voor tandartsen' naar onderwerp en nummer van het artikel met betrekking tot communicatie tussen tandarts en patiënt, dossiervorming en behandelplan (NMT, 2010).

zorgverleners in combinatie met extreem hoge schadevergoedingen, is moeilijk te zeggen (Legemaate, 2003; Brands, 2008).

Soms wordt ook wel van 'Amerikaanse toestanden' gesproken om tot uitdrukking te brengen dat de (tand)arts-patiëntrelatie niet meer door wederzijds vertrouwen, maar vooral door wetten en andere verplichtende regels wordt beheerst (Brands, 2008). De laatste decennia is onmiskenbaar sprake van juridisering van de relatie tussen zorgverleners en steeds beter geïnformeerde en mondiger wordende patiënten (Brands, 2008; Eijkman en De Baat, 2009). Dit onderstreept dat goede informatie en dossiervorming, onder andere in de vorm van zorg- en behandelplannen, belangrijk is. Daarbij moet de doelstelling op de lange termijn goed worden afgestemd met de patiënt (Sonneveld et al, 2009). Als tandarts en patiënt hetzelfde zorg- en/of behandel doel voor ogen staat en als zij dat ook verwoorden of op schrift stellen, is er weinig kans op misverstanden. Maar als een tandarts denkt dat een patiënt op een volledige gebitsprothese aankomt en dienovereenkomstig behandelt, en de patiënt zelf denkt dat het doel wordt nagestreefd om zo lang mogelijk de dentitie te behouden, is er een grote kans op misverstanden. Komt een dergelijke patiënt bij een andere tandarts, dan kan al snel het verwijt van gecontroleerde verwaarlozing ('supervised neglect') worden gemaakt.

Juridisering betekent niet dat een (tand)arts niet kan of mag praten over onverwachte tegenslagen bij de uitvoering van een behandelplan of over gemaakte fouten. Eerder is het tegendeel het geval. De aandacht voor openheid over medische fouten is de laatste jaren dan ook sterk toegenomen. Van belang is dat een (tand)arts open met een patiënt over een fout praat, waarbij empathie wordt getoond, zo nodig spijt wordt betuigd, en wordt bevestigd dat maatregelen worden genomen om herhaling te voorkomen (Legemaate et al, 2007). In dit verband blijven psychologische factoren die openheid belemmeren een punt van aandacht. Een fout wordt geassocieerd met een incorrecte handeling, met verwijtbaarheid en schuld, met schaamte en boosheid. Het zijn deze associaties en emoties die het bespreken van een fout zo beladen kunnen maken. Het begrip fout kan echter ook worden gebruikt in de betekenis waarin het aspect verwijtbaarheid minder centraal staat, namelijk 'daar is het fout gegaan' of 'daar is een risico verkeerd ingeschat'. Dan wordt bedoeld op een situatie waarin een behandeling niet de gewenste uitkomst heeft gehad, los van de vraag of daaraan verwijtbaar handelen ten grondslag ligt. 'Fout gegaan' is wezenlijk iets anders dan 'fout gedaan' (Legemaate et al, 2007).

Over het algemeen willen patiënten openheid over een door hun (tand)arts gemaakte fout of over de reden waarom een behandelplan plotseling grondig moet worden bijgesteld.

Er zijn in dit opzicht 2 zaken te onderscheiden: het erkennen van een fout en het erkennen van aansprakelijkheid. Erkennen van een medische fout of het toegeven dat het beter had gemoeten, heeft geen consequenties voor de aansprakelijkheid of een tuchtsaak die zou kunnen volgen. Aanvaarding van aansprakelijkheid (schadeplichtigheid) is een zaak voor verzekeraars, hetzij die van de behandelaar, hetzij die van een zorginstelling. Dat is juristenwerk waar een (tand)arts niet zijn vingers aan moet branden en waarbij de verzekeraar terughoudendheid van de tandarts mag verwachten (Linthorst et al, 2009). Een tandarts kan zich dus niet uitlaten in de zin van “de verzekering dekt de schade.” Een door veel (tand)artsen afgesloten aansprakelijkheidsverzekering bevat over dit onderwerp de volgende bepaling: “Verzekerde dient zich te onthouden van elke erkenning van schuld of aansprakelijkheid en in het algemeen van alles wat de belangen van de verzekeraar kan schaden. Hieronder wordt niet verstaan het verstrekken van feitelijke medische informatie aan de patiënt respectievelijk diens nabestaanden.” Meer over de delicate balans tussen informatie verschaffen en schade toebrengen aan de aansprakelijkheidsverzekeraar is te vinden op <http://www.medirisk.nl/Pages/Fouttoegeven.aspx>.

Zorgplan

Als bij periodieke mondonderzoeken gedurende jaren een stabiele situatie wordt aangetroffen zonder specifieke of complexe zorgvragen ontbreekt als regel in de huidige tandarts-patiëntrelatie in Nederland een schriftelijk zorgplan. Bij ingewikkelde mondsituaties en complexe zorgvragen is het echter wel raadzaam dat de zorgverlener een zorgplan opstelt en daarvan verslag doet in het patiëntendossier. Onder een zorgplan wordt hier verstaan een beknopt verslag waarin relevante gegevens over eerder verleende zorg zijn opgenomen en waarin het doel en de verwachting van de huidige en voorgenomen zorgrichting zijn aangegeven. Kalk et al (2009) benadrukten hierbij uit te gaan van realistische en haalbare doelen, zeker in het geval van een sterk gereduceerde dentitie. Er wordt een richting aangegeven over de zorg die in de toekomst wordt verleend, zoals die met de patiënt is overeengekomen. Dat laatste is een belangrijke toevoeging: het veronderstelt een goede communicatie met de patiënt waarin die zorgrichting is besproken. De aangegeven zorgrichting wordt in een zorgplan gemotiveerd op basis van aangetroffen problemen, klachten en wensen en is gericht op de meest adequate zorg (‘best practice’) voor de individuele patiënt. Norm daarbij is de professionele standaard (Burgerlijk Wetboek, artikel 7:453). Dat wil zeggen hoe een redelijk bekwaam en redelijk handelend tandarts een behandeling zou indiceren en uitvoeren. Trefwoorden die in dit verband van toepassing zijn bij de indicatie, zijn: deskundigheid, doelmatigheid, doeltreffendheid en patiëntgerichtheid met voldoende keuzemogelijkheden voor de patiënt (Sonneveld et al, 2009). Als het gaat om de uitvoering van een behandeling, dan geldt dat deze moet worden uitgevoerd met “de deskundigheid en de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend tandarts mag worden verwacht” (tab. 1, gedragsregel 05). Daarbij wordt nog opge-

merkt dat “de tandarts zijn kennis en vaardigheden onder andere door middel van bij- en nascholing op peil dient te houden en waar mogelijk aan de ontwikkeling van de tandheelkunde een bijdrage dient te leveren” (gedragsregel 04).

Relevant is ook gedragsregel 17: “Voor een goede behandeling kan het nodig zijn dat een tandarts verwijst naar een collega” (tab. 1). In een voorkomend geval zal een tandarts-algemeen practicus de expertise van de zorg in de volle omvang niet bezitten. De expertise van een ander door verticale verwijzing naar een specialist of door horizontale verwijzing naar een gedifferentieerde tandarts kan dan cruciaal zijn om de juiste behandelrichting in te slaan of onderdelen van een behandeling te laten uitvoeren. Men kan ervan uitgaan dat in complexe gevallen een specialist of een gedifferentieerde tandarts door expertise en (klinische) ervaring trefzekerder een juiste diagnose stelt en betere behandelresultaten bereikt dan de gemiddelde algemeen practicus. Daarom kan niet verwijzen steeds vaker verwijtbaar worden, ervan uitgaande dat er een voldoende aanbod is van verschillende specialisten en gedifferentieerde tandartsen (Allard, 2009).

Een tandarts mag niet behandelen zonder de toestemming van een patiënt. Dit zou ten onrechte de suggestie kunnen wekken dat de wens van de patiënt altijd leidend is voor behandeling. Toch hoeft een zorgvraag niet altijd te betekenen dat aan een vraag wordt tegemoetgekomen. Er hoeft namelijk niet zonder meer te worden gedaan wat een patiënt of een andere zorgverlener wenst. Aan wensen die tegen de professionele standaard ingaan, mag door een (tand)arts niet tegemoet worden gekomen (Brands, 2006; Broers et al, 2010). Als een tandarts een behandeling voorstelt, staat het de patiënt vrij die behandeling te weigeren, ook al is die voorgestelde behandeling volgens de professionele standaard. Voortvloeiend uit de dossierplicht is in beide gevallen een aantekening in het patiëntendossier wel op zijn plaats (tab. 1, gedragsregel 28). Het maken van zorgplannen, (uitgebreide) behandelplannen en het opnemen daarvan in een registratiesysteem wordt kennelijk in Nederland in de mondzorg verschillend gehanteerd en kan ook weerstand oproepen, onder andere door het tijdsbeslag. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een publicatie in het kader van de rechtspraak en de daaropvolgende commentaren van tandartsen (Schaub, 2010).

De zorgrichting in een zorgplan kan betrekking hebben op preventieve maatregelen om (verder) gebitsverval te voorkomen, het kan ook een strategie tot behandelen in de toekomst inhouden, afhankelijk van de afspraken tussen patiënt en tandarts. Een zorgplan beslaat dus veelal een continuüm in de tijd met betrekking tot de mondzorg van een patiënt gedurende een langere periode waarin relatief weinig verandert. Als er discontinuïteit is en er specifieke veranderingen plaatsvinden of als de zorgvraag wijzigt, is er een specifiek behandelplan nodig voor de dan ontstane situatie. Met discontinuïteit en specifieke veranderingen wordt ook bedoeld op voortgaande achteruitgang van de situatie. Een patiënt heeft immers juist dan recht op informatie en juist slecht nieuws moet worden besproken. Er is dan een aangepast (geactualiseerd) zorgplan en een behandelplan nodig dat instemming van de patiënt vereist. De gedragsre-

Titel publicatie	Aflevering NT	Samenvatting
Onheuse bejegening	13	Weigering over gang van zaken te praten; botsing tussen emotionele beleving van klaagster en zakelijke beleving door de tandarts.
Behandelstrategie niet gecommuniceerd	14	Behandelstrategie niet vastgelegd of met klaagster besproken; nagelaten te onderzoeken welke problemen er ten grondslag konden liggen aan de klachten.
Ernstige hardleersheid	15	Ernstig tekortgeschoten in de diagnostiek; gebrekkige dossiervorming.
Onvoldoende regie	16	Gevolgen van gebrek aan medewerking van patiëntzijde onvoldoende tijdig besproken en geëvalueerd.
Perforatie niet vermeld	17	Perforatie tegen beter weten in ontkend; gedragingen tandarts in strijd met zorgplicht.
Supervised neglect	18	In een complexe behandel situatie bevatte het behandel dossier geen behandelplan en geen voorbereidend röntgenologisch en parodontologisch onderzoek.
Ondeugdelijke diagnostiek	19	Onzorgvuldige dossiervorming; irreversibele behandeling zonder deugdelijke diagnostiek is klachtwaardig.
Verschijningsplicht	20	Nagelaten om de mondsituatie met klaagster te bespreken; nagelaten om een behandelstrategie op te stellen.
Falende communicatie	21	Bij complexe situatie voorkomt een schriftelijk behandelplan met kostenraming communicatieproblemen; meerdere behandelopties en bijbehorende kosten moeten worden voorgelegd.
Gevoelige tanden	22	Gezien omvang van de behandeling was de voorbereiding onvoldoende en de anamnese te summier. In het behandel dossier geen uitgebreide gegevens inzake intake en anamnese opgenomen.

Tabel 2. Samenvattingen van uitspraken van de Centrale Klachtencommissie die zijn gepubliceerd in het *Nederlands Tandartsenblad* (NT) in de tweede helft van 2008.

gels schrijven voor hiervan melding te maken in een registratiesysteem (tab. 1, gedragsregels 11 en 28).

Als een behandelplan wordt gemaakt, maakt dat deel uit van een zorgplan. In de gedragsregels wordt een behandelplan inclusief de daaraan verbonden kosten gekoppeld aan een "uitgebreide behandeling die patiënt en tandarts overeenkomen" en het behandelplan wordt "ingeval van een uitgebreide en/of ingrijpende behandeling desgevraagd schriftelijk door de tandarts vastgelegd en wordt in ieder geval opgenomen in het registratiesysteem" (tab. 1, gedragsregel 11). Een uitgebreide en/of ingrijpende behandeling is niet van toepassing als er een enkele caviteit in een gebitselement moet worden geres taureerd, maar wel als bijvoorbeeld een hoge cariësactiviteit een halt moet worden toegevoerd of als de vraag rijst of 1 of meer ontbrekende gebitselementen moeten worden vervangen, bijvoorbeeld door een partiële gebitsprothese.

Behandelplan

Een behandelplan is een geordend rapport met het doel aan te geven waarom een bepaalde interventie wordt geadviseerd, op welke wijze die wordt uitgevoerd en wat er van die behandeling te verwachten is. Het bevat gegevens over de klachten en afwijkingen en de ernst en de beleving daarvan. Op inzichtelijke wijze worden eveneens de tijdsduur, de eventuele laboratoriumfasen en de kosten van de behandeling aangegeven. Patiënt, tandarts en tandtechnicus zijn in grote mate van een doordachte planning afhankelijk. Na de uitvoering van het behandelplan worden toekomstverwachting, afspraken over het benodigde onderhoud en dergelijke zaken in het zorgplan verwerkt.

In voorkomende gevallen is het behandelplan beperkt tot een voorlopige aanzet en worden alleen de globale lijnen aangegeven, met nadruk op het inventariseren en wegnemen van complicerende factoren. Voorbeelden van deze factoren zijn inadequate mondverzorging, een actief cariësproces, een parodontale aandoening en een inadequate wortelkanaalbehande-

ling. De complicerende factoren moeten eerst onder controle worden gebracht of opgelost alvorens kan worden overgegaan tot meer complexe en dure behandelingen. Daarna resteert dan alleen het zuiver prothetische vraagstuk, bijvoorbeeld of afwezige gebitselementen moeten worden vervangen, en zo ja, op welke wijze. Na evaluatie van de voorbereidende behandeling wordt het voorlopige behandelplan omgezet in een definitief behandelplan. In de praktijk blijkt een duidelijk geordend plan nogal eens te ontbreken. Ook worden complicerende factoren vaak onvoldoende onderkend.

Zeker bij complexere situaties is het zinvol bij het opstellen van een behandelplan een vast stramien te volgen in een logische volgorde. Daarmee kan worden voorkomen dat zaken over het hoofd worden gezien of dat misverstanden ontstaan tussen zorgverlener en patiënt. Het traditionele model van achtereenvolgens anamnese, (klinisch) onderzoek, diagnose en therapie is te statisch en biedt te weinig inspraak voor en terugkoppeling met de patiënt (Rich en Goldstein, 2002). Een behandelplan behoort dynamisch en cyclisch van karakter te zijn door steeds terug te koppelen met de patiënt, door voorbereidende behandelingen te evalueren, door consultaties met anderen en door alternatieven in de overwegingen te betrekken. Behandelplannen zouden meer en meer moeten berusten op 'best evidence', het best haalbare bewijs. Dit kan onder andere door gericht te zoeken naar informatie die ook steeds toegankelijker en vollediger wordt (Van Loveren en Aartman, 2007).

Hoewel de verschillende fasen van een behandelplan anders kunnen worden benoemd, is de in het vervolg van deze paragraaf gehanteerde volgorde min of meer algemeen toepasbaar. Dat neemt niet weg dat in de structuur van een behandelplan ook de visie van de tandarts op de behandeling van patiënten duidelijk naar voren kan komen. Hier is deze visie gebaseerd op een probleemgerichte benadering van de zorgvraag van de patiënt en dit is vormgegeven in de structuur van het behandelplan in de te onderscheiden fasen (tab. 3). Via

een gestructureerd proces kunnen ogenschijnlijk onontwaaerbare problemen toch fasegewijs worden aangepakt.

Gegevens ordenen

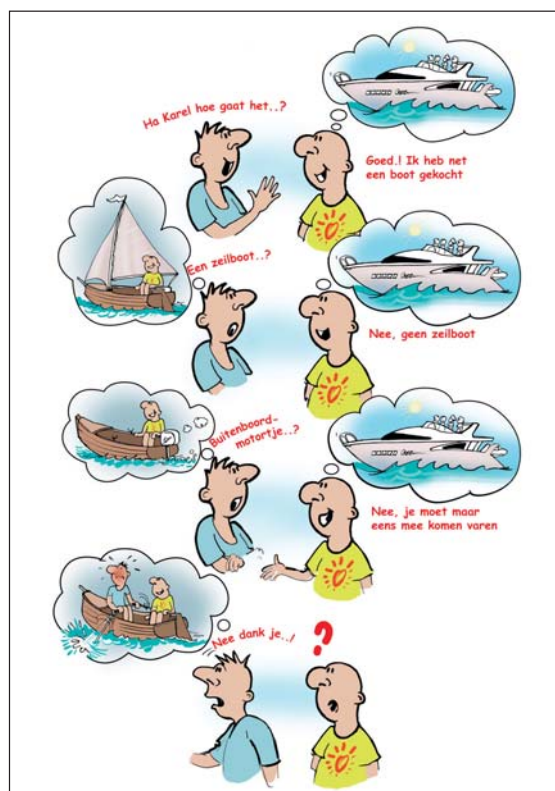
De eerste fase bij het opstellen van een behandelplan is de waarneming die anamnese en klinisch onderzoek omvat (tab. 3). Van belang is dat vragen in de anamnese eerst open zijn zodat een patiënt zijn verhaal kan doen, ongehinderd door sturende (suggestieve) vragen van de tandarts (afb. 1). Daarna kan uiteraard gericht worden gevraagd naar relevante (klinische) bijzonderheden. Al in de waarneming wordt de vaak ondoorzichtige hoeveelheid informatie gearangschikt tegen de achtergrond van een probleemgerichte strategie, waardoor alleen de meest relevant geachte informatie overblijft. Deze kerninformatie geeft de (orale) problemen van de patiënt aan en het gewicht dat deze daaraan toekent. Bij het verzamelen van gegevens in het kader van een behandelplan is beeldvormende diagnostiek, meestal in de vorm van recente röntgenopnamen, vrijwel altijd noodzakelijk om eventuele verborgen problemen op te sporen. In een articulator gemonteerde gebitsmodellen leggen de uitgangssituatie vast en maken bestudering van vooral de maxillomandibulaire relatie en de occlusie mogelijk.

De tweede fase is de herkenning of patiëntkarakterisering waarin verbanden worden gelegd tussen de waargenomen (klinische) verschijnselen en de klachten en wensen. Hier komen diagnose, etiologie, risicofactoren en pathogenese aan de orde. Maar ook de patiëntkarakterisering is belangrijk om in een volgende fase de behandeldoelen te kunnen vaststellen. Bij deze karakterisering wordt de motivatie van de patiënt voor mondverzorging beoordeeld en de motivatie om de dentitie te behouden: uitgebreide behandeling kost nu eenmaal veel tijd en geld. Ook fysieke, medische en psychosociale bijzonderheden kunnen het behandelplan in belangrijke mate sturen.

Problemen inventariseren

In de fase van de voorlopige probleemstelling worden alle herkende problemen geïnventariseerd en voorzien van een prioriteitstelling. Bij voorkeur gebeurt de opsomming van de problemen in volgorde van ontstaan om de relaties tussen oorzaak en gevolg helder te krijgen. Dit kan vooral de patiënt een goed inzicht geven. Bij het opstellen van een behandelplan voor een patiënt met een gereduceerde dentitie dient men rekening te houden met zowel de orale (behandel)geschiedenis als de actuele problemen:

- systeemziekten;
- ontwikkelingsstoornissen, orthodontische problemen, trauma;
- ontoereikende motivatie, ineffectieve mondverzorging (plaque), angst voor tandheelkundige behandeling;
- parodontale aandoeningen (pockets, mobiele gebitselementen);
- cariës, endodontische problemen, verzwakte gebitselementen met het risico van fractuur van grote restauraties of van de gebitselementen zelf;
- occlusieproblemen: ontbreken van gebitselementen, mi-



Afb. 1. Het stellen van gesloten vragen is meestal een weinig effectieve strategie.

- graties, verminderde verticale dimensie, occlusoegen trauma;
- gestoorde functies zoals esthetiek, kauwfunctie, para-functies, temporomandibulaire stoornissen;
- eerder ervaren problemen met (partiële) gebitsprothesen;
- geïmpacteerde gebitselementen, ontstekingen, cysten, wortelresten, enzovoorts;
- fysieke en psychosociale beperkingen;
- financiële problemen.

Vervolgens worden uit de voorlopige probleemstelling de minder belangrijke problemen weggelaten zodat alleen de meest relevante problemen overblijven in een definitieve probleemlijst. Immers, vaak blijken bij kritische beschouwing niet alle problemen even belangrijk voor de patiënt of voor zijn mondgezondheid en worden sommige problemen overschaduwd door belangrijkere achterliggende problemen. Voor een goed overzicht is een opsomming in clusters van met elkaar samenhangende problemen aan te bevelen.

Via behandeldoelen naar mogelijke oplossingen

In de fase van behandeldoelen formuleren wordt eerst de al in het zorgplan vastgestelde algemene strategie gemotiveerd voordat de mogelijke en te kiezen oplossingen per probleem worden aangegeven. Deze strategie geeft in grote lijnen richting aan het behandelplan. Voorbeelden: behoud van de dentitie door verder verval te stoppen of geplande geleidelijke afbouw; het wel of juist niet verhogen van het aantal occlusale eenheden in relatie tot klachten over het kauwvermogen of de esthetiek.

Fase	Onderdelen
Waarneming (verzamenen objectieve gegevens)	Anamnese Klinisch onderzoek: - intraoraal - extraoraal
Herkenning (diagnose en patiëntkarakterisering)	Etiologie/pathogenese Relatie tussen klachten en klinische waarnemingen
Voorlopige probleemstelling	Inventarisatie van alle problemen met prioriteitstelling: - schematisering van alle problemen - weging (relativering) van alle problemen Gemotiveerd selectieproces leidend tot lijst van relevante problemen
Definitieve probleemlijst	Opsomming na weging van de overgebleven relevante problemen
Behandeldoelen	Keuzen en motivatie van doelen op hoofdlijnen: - doorbreken van de pathogenese - gebitsbehoud versus geplande afbouw
Mogelijke oplossingen	Keuzen en motivatie van relevante behandelopties: - noodzaak tot voorbereidende behandeling(en) - noodzaak tot vervanging van gebitselementen - keuzen vaste versus uitneembare prothetische constructie(s)
Toetsing voorlopig behandelplan	Uitleg aan de patiënt: voor- en nadelen voorgestelde interventie, kosten Overleg met tandtechnicus; uitvoering, kosten Consultatie van specialisten
Concept behandelplan	Keuzen en motivatie voorgestelde interventie Keuzen en motivatie voorbereidende behandeling(en) Behandelveelgord Interim prothetische constructie(s) Begroting Alternatieve behandeling na evaluatie voorbereidende behandeling
Definitief behandelplan	Toetsing conceptbehandelplan: - uitleg aan en communicatie met de patiënt: - in welke mate de klachten zullen verminderen - in welke mate de behandeldoelen worden bereikt - voor- en nadelen, risico's en faalkenmerken, kosten Fasering van de behandeling Planning (van de behandel sessies) Controle en onderhoud; prognose en toekomstperspectief Alternatieve behandeltrajecten Toestemming patiënt

Tabel 3. Fasen van een behandelplan met elk de belangrijkste onderdelen.

In de fase van de mogelijke oplossingen worden de relevante behandelopties afgewogen. Soms zijn eerst voorbereidende behandelingen en de evaluaties daarvan nodig voordat beslissingen kunnen worden genomen over een complexe vervolgbehandeling. Overigens, ook het omgekeerde is waar: de uiteindelijke behandeling bepaalt voor een groot deel de uit te voeren voorbereidende behandelingen. In deze fase worden de beslissingen genomen die leiden tot het voorstel aan de patiënt om te gaan behandelen of juist niet. Cruciaal is dat deze beslissingen aansluiten bij de wensen van de patiënt, de patiëntkarakterisering, de behandeldoelen en de definitieve probleemlijst. Zo wordt in deze fase gemotiveerd of prothetische vervanging van gebitselementen wenselijk is en of voor die vervanging een vaste of uitneembare prothetische constructie nodig is. Vaak komen verschillende oplossingen in aanmerking en hangt het definitieve voorstel af van de mening van de patiënt of het resultaat van de voorbereidende behandeling.

De keuzen richten zich uitsluitend op het oplossen van de relevante problemen op lange termijn. Als wordt gekozen voor een gefaseerde afbouw van de dentitie, dan zijn soms interim-behandelingen nodig, zoals het vervaardigen van een kunststof plaatprothese (De Baat et al, 2011).

Toetsing bij de patiënt

In de fase van de toetsing van de voorlopige behandeling wordt een en ander aan de patiënt uitgelegd en met hem besproken, inclusief alternatieve behandelopties en de te verwachten kosten (tab. 1, gedragsregel 11). In dat gesprek wordt ook gewezen op de voor- en nadelen, de faalkenmerken van de voorgestelde prothetische constructies en het benodigde onderhoud. Heel vaak hebben 'definitieve' restauraties en prothetische constructies een beperkte duurzaamheid. Bovendien zijn, in tegenstelling tot wat patiënten soms verwachten, complexe en dure behandelingen lang niet altijd duurzamer dan relatief eenvoudige en goedkope behandelingen. Zo nodig wordt de voorgestelde oplossing aangepast. Vooral in deze fase komt het cyclische karakter bij het opstellen van een behandelplan naar voren door de inbreng van de patiënt.

Definitief behandelplan

Na overleg met de patiënt over de voorlopige behandeling worden in het conceptbehandelplan alle geplande verrichtingen in de juiste volgorde vermeld en wordt een definitieve planning gemaakt van het aantal behandel sessies, de benodigde tijd en de kosten. Ook worden eventuele voorbereidende behandelingen en faseringen ge-

noteerd. Alternatieve behandelingen worden aangegeven voor het geval dat zaken anders verlopen dan gepland. In deze fase wordt het gehele plan opnieuw met de patiënt besproken. Hierbij komen de verwachtingen van de behandeling in relatie tot de behandeldoelen expliciet aan bod. Ook worden criteria aangegeven op basis waarvan in de toekomst het behandelresultaat kan worden getoetst.

Instemming

Het behandelplan of een samenvatting daarvan wordt samen met de reactie van de patiënt in het patiëntendossier opgenomen. De reactie kan zijn: instemming, instemming na bijstelling of afwijzing. Hiermee wordt voldaan aan de dossierplicht (tab. 1, gedragsregel 28). Op verzoek van de patiënt wordt het behandelplan schriftelijk vastgelegd en desgewenst aan de patiënt verstrekt (tab. 1, gedragsregels 11 en 29). In geval van afwijzing door de patiënt start de behandelplanning opnieuw (cyclisch). Nu met extra informatie, namelijk de afwijzing van het eerder voorgestelde behandelplan.

Besluit

In dit artikel zijn de regelgeving, het doel, het opstellen en de noodzaak van een behandelplan als onderdeel van een zorgplan besproken. Om gericht te werken en overbodige behandelingen te vermijden, heeft het behandelplan een structuur die de toepassing van een probleemgerichte behandelstrategie bevordert. Een systematische werkwijze met een vaste volgorde, een vast stramien, bij het maken van een behandelplan vermindert de kans dat zaken over het hoofd worden gezien. Door het plan goed met de patiënt te bespreken en door relevante zaken uit het behandelplan vast te leggen, wordt voldaan aan de dossierplicht.

Literatuur

- * Allard RHB. Een inspannende resultaatsverbintenis. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 651-653.
- * Baat C de, Witter DJ, Creugers NHJ. Partiële kunststof plaatprothesen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 32-37.
- * Brands WG. Schept een behandelwens van de patiënt automatisch een behandelplicht voor de tandarts? In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al (red.). Het tandheelkundig jaar 2006. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- * Brands WG. Amerikaanse toestanden. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al (red.). Het tandheelkundig jaar 2008. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- * Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Willems DL. Patiënten met ongewone extractiewensen 1. Professionele standaard versus autonomie van patiënten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2010; 117: 485-488.
- * Christiaans-Dingelhoff I, Brands WG, Eijkman MAJ, Hubben JH. De tandarts in de tuchtspraak 1994-2001. Den Haag: Sdu Uitgevers BV, 2002.
- * Eijkman MAJ, Baat C de. Risico's van de beroepsuitoefening in de mondzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 223-226.
- * Kalk W, Schwencke BM, Droulias N, Dam KMA ten. Behandeling van een sterk gemutileerde dentitie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 599-604.
- * Legemaate J. 'No cure no pay' in de Nederlandse gezondheidszorg:

Thema: Partiële gebitsprothese 3

vrees voor claimcultuur ongegrond. Ned Tijdschr Geneeskd 2003; 147: 740-742.

- * Legemaate J, Everdingen van JJE, Kievit J, Stappers JWM. Openheid over fouten in de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneeskd 2007; 151: 319-322.
- * Linthorst GE, Torrengra RA, Hoekstra JBL. Het bespreken van medische fouten met de patiënt. Ned Tijdschr Geneeskd 2009; 153: 361-363.
- * Loveren C van, Aartman IHA. De PICO-vraag. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 172-178.
- * Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT). Tandartsengids. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde, 2010.
- * Rich B, Goldstein GR. New paradigms in prosthetic treatment planning: a literature review. J Prosthet Dent 2002; 88: 208-214.
- * Schaub R. Losse tanden en kiezen. Ned Tandartsenblad 2010; 65 (13): 36-37. Commentaren: 65 (14): 9-11 en 65 (15): 11.
- * Sonneveld RE, Brands WG, Sanden WJM van der, Bronkhorst EM, Truin GJ. Kwaliteit van zorg: nieuwe ideeën van de overheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 485-490.

Summary

Treatment of removable partial dentures 1. Legislation, rules of conduct, care plan and treatment plan

An invasive treatment, such as the treatment involving a removable partial denture, requires a well-structured approach. Regulations governing the communication between a healthcare professional and a patient in the Netherlands can be found in the Dutch Medical Treatment Act and the Rules of Conduct for Dentists of the Dutch Society for the Advancement of Dentistry (NMT). According to the regulations in these sources, a healthcare provider needs a patient's informed consent for any medical treatment and he is required to maintain a file of medical records. Consent should be based on efficacious communication and explanation of treatment options, risks and costs. With regard to the duty to maintain records, a care plan and a treatment plan are required for an invasive treatment. A standard structure and sequence of points for the care plan and the treatment plan will reduce the risk of overlooking essential issues.

Bron

D.J. Witter¹, W.G. Brands², J. C. Barèl¹, N.H.J. Creugers¹
 Uit ¹de vakgroep Orale Functieer en ²de vakgroep Preventieve en Curatieve Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen
 Datum van acceptatie: 24 november 2010
 Adres: dr. D.J. Witter, UMC St Radboud, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
 d.witter@dent.umcn.nl