



Zorgstandaard Tandprothetische Zorg

Herziene versie 2025

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1 Passende zorg	5
1.2 Passende tandprothetische zorg	5
1.3 Herziening Zorgstandaard 'Tandprothetische Zorg'	6
1.4 Leeswijzer	7
2. De patiënt als vertrekpunt	9
2.1 Persoonsgerichte zorg	9
2.2 Samen beslissen in de mondzorg en tandprothetische zorg	11
2.3 Voorbereiding	13
2.4 Samen doelen vaststellen	14
2.5 Samen zorgafspraken maken	14
2.6 Uitvoering en evalueren	17
3. Samenwerken rond de patiënt	20
3.1 Samenwerking binnen het mondzorgteam	22
3.2 Verbinding met huisartsenzorg en de bredere eerstelijnszorg	26
3.3 Verbinding met de tweedelijnszorg	28
3.4 Mondzorg en tandprothetische zorg in het verpleeghuis en aan huis	28
3.5 Samenwerking met het sociaal domein	32
4. Opleiding en kwaliteit in de tandprothetiek	34
4.1 Opleiding en competenties van de tandprotheticus	35
4.2 Deskundigheidsbevordering van de tandprotheticus	36
4.3 Richtlijnen en standaarden	37
4.4 Kwaliteitsbeleid binnen de tandprothetiek	39
4.5 Kwaliteitsindicatoren	40
4.6 Kwaliteit als keuze-informatie	41
5. Organisatie van passende (tandprothetische) zorg	42
5.1 Meenemen van patiënten in het veranderingstraject	42
5.2 Korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam	43
5.3 Duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden	43

5.4 Toereikende capaciteit aan mondzorgverleners	45
5.5 Gezamenlijke opleiding en bij- en nascholing	45
5.6 Ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied	46
5.7 Digitalisering binnen de tandprothetiek	47
5.8 Faciliteren van gegevensuitwisseling via ICT.....	48
5.9 Praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning	49
5.10 Adequate bekostiging, vergoeding en transparantie.....	49
5.11 Overige organisatorische aspecten	50
6. Slotsom.....	53
Bijlage I: Samenstelling werkgroep Zorgstandaard ‘Tandprothetische zorg’	54
Bijlage II: Verschillende behandelopties tandprothetische zorg	55
Bijlage III: Verklarende woorden- en begrippenlijst.....	63
Bijlage IV: Implementatie en onderhoud van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg	68

Samenvatting

Persoonsgerichte zorg en interprofessionele samenwerking

De sleutel voor het leveren van passende (tandprothetische) zorg ligt bij het bieden van persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat de persoon centraal staat die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem voorop, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat. Patiënten en zorgverleners beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt. Ze bespreken samen aard en achtergrond van het probleem, de verschillende opties om hier mee om te gaan, de voor- en nadelen van de opties en welke overwegingen belangrijk zijn voor het individu. De persoonlijke doelen en zorgafspraken komen tot uitdrukking in het individueel zorgplan. In deze herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg komt het persoonsgerichte karakter van de tandprothetische zorg en de interprofessionele samenwerking tussen de betrokken (mond)zorgverleners nadrukkelijk tot uiting. De (onderliggende) zorgbehoefte van de patiënt staat hierbij voorop.

Op geleide van de zorgbehoefte wordt bepaald welke (mond)zorgverlener(s) een bijdrage kunnen leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag. Hierbij is sprake van het *'toegeleiden'* van patiënten naar de meest aangewezen zorgverlener uit het mondzorgteam die de patiënt op dat moment het beste kan helpen. Op die manier geven de mondzorgverleners uit het mondzorgteam samen invulling aan persoonsgerichte en samenhangende zorg. De patiënt krijgt door deze interprofessionele samenwerking de zorg en ondersteuning die hij of zij op dat moment nodig heeft. De betrokken zorgverleners binnen het mondzorgteam bieden op die manier samen de benodigde mondzorg. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van een patiënt wordt bepaald wie in dat specifieke geval de aangewezen mondzorgverlener is om binnen het mondzorgteam het regiebehandelaarschap op zich te nemen.

Het nieuwe kwaliteitsdenken dat daarbij wordt toegepast, biedt mogelijkheden om de voortgang te monitoren. Het aldus verkregen inzicht in de kwaliteit kan worden gebruikt om samen met alle betrokken (mond)zorgverleners *te leren en te verbeteren*. Op die manier kunnen tandprothetici en hun samenwerkingspartners binnen en buiten de mondzorg zich aanpassen aan de veranderende omstandigheden en de context waarin ze functioneren.

De herziene Zorgstandaard vormt daarmee ook het kader voor kwaliteitsbewaking en -bevordering, waarbij aan de hand van de verzamelde gegevens het gesprek wordt gevoerd met patiënten en tussen (mond)zorgverleners over goede (mond)zorg. Vanuit het vertrouwen in de zorgprofessionals en hun intrinsieke motivatie kunnen externe toezichthouders (o.a. IGJ) en zorgverzekeraars op grond van deze kwaliteitscyclus hun toezichthoudende rol vervullen, respectievelijk doelmatige (tandprothetische) zorg voor hun verzekerden inkopen en vergoeden.

Op dit moment worden patiënten doorgaans vanuit afgebakende kaders behandeld dan wel doorverwezen naar andere (mond)zorgverleners. Volgens de gewenste situatie, waarin patiënten het vertrekpunt vormen en de mondzorgverleners uit het mondzorgteam rond de patiënt staan is sprake van het *'actief toegeleiden'* van de patiënt. Het draait daarbij om vertrouwen tussen zorgverleners dat de desbetreffende collega uit het mondzorgteam de meest passende zorg kan leveren. Iedere zorgverlener vervult op basis van zijn of haar competenties een rol in het zorgproces. Bij actieve

toegeleiding hebben de mondzorgverleners uit het mondzorgteam vooraf onderling contact, zodat de *‘ontvangende mondzorgverlener’* zich kan voorbereiden op de komst van de patiënt en op de hoogte is van diens voortraject en de reden van de overdracht. Op die manier ontstaat een *‘warme overdracht’* van de patiënt van de ene mondzorgprofessional naar de andere mondzorgprofessional.

De Zorgstandaard Tandprothetische Zorg beschrijft wat er nodig is om deze veranderingen te bewerkstelligen. Deze andere benadering veronderstelt de aanwezigheid van een aantal belangrijke randvoorwaarden die in dit hoofdstuk staan beschreven, namelijk:

- meenemen van patiënten in het veranderingstraject;
- korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam;
- duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling;
- toereikende capaciteit aan (mond)zorgverleners;
- gezamenlijke opleiding en bij- en nascholing;
- ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied;
- digitalisering binnen de tandprothetiek;
- faciliteren van gegevensuitwisseling;
- praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning;
- adequate vergoeding en bekostiging;
- overige organisatorische aspecten (o.a. patiëntveiligheid en klachtenafhandeling).

Het is tijd voor doorontwikkeling van standaardzorg naar persoonsgerichte zorg, die aandacht besteedt aan de specifieke zorgvraag van een patiënt en dat doet in het perspectief van diens persoonlijke situatie, diens drijfveren, mogelijkheden, behoeften en voorkeuren. Door deze benadering ervaren zorgverleners zelf meer professionele autonomie, minder keurslijf, minder administratieve belasting en kunnen zij meer persoonlijke aandacht besteden aan de patiënt. Dit leidt naar verwachting tot positieve effecten op de *‘quadruple aim’*¹ doelstellingen: ervaren gezondheid, kwaliteit van zorg, zorgkosten en werkplezier.

¹ From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider, Bodenheimer T, Sinsky C, 2014, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4226781/#fn-group1>

1. Inleiding

De grote maatschappelijke opgaven waarmee de zorgsector en de samenleving aan de slag moeten om zorg toekomstbestendig te maken, liggen op het vlak van mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid. De gezondheidszorg in Nederland staat de komende jaren voor grote uitdagingen waarbij de houdbaarheid van de zorg onder druk staat. De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau kunnen houden. Dit vraagt om verandering en innovatie met de nadruk op preventie, verplaatsing en verschuiving van zorg. Gezondheidswinst, toegankelijkheid van zorg, verlaging van werkdruk, behoud van werkplezier en beheersing van de zorgkosten zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.²

1.1 Passende zorg

De gezamenlijke opdracht om de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken, betekent dat iedereen in de zorg aan de slag moet. Volgens het kader Passende Zorg³ gaat het erom dat ieder vanuit eigen perspectief en deelbelang de verbinding maakt met het grotere gedeelde belang van de maatschappelijke opgaven, en andere partijen daarbij betreft als dat nodig is, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. Passende zorg doet daarbij een beroep op de inzet van patiënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorginkopers en de overheid. Ieder vanuit zijn of haar eigen verantwoordelijkheid. Passende zorg en ondersteuning vraagt ook om scherpe keuzes en goede randvoorwaarden. De gevraagde veranderingen zijn dringend nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en te verbeteren.

1.2 Passende tandprothetische zorg

Net als in de rest van de Nederlandse gezondheidszorg doen deze uitdagingen zich ook gelden in de mondzorg en de tandprothetiek. De beschikbare capaciteit van goed opgeleide zorgverleners en vakmensen staat onder druk. Gelet op de verwachte uitstroom (naar verwachting bereikt de komende vijf jaar 30-40% van de praktiserende tandprothetici de pensioengerechtigde leeftijd⁴ en de beperkte instroom van ongeveer 20-25 tandprothetici per jaar⁵) ziet het er naar uit dat we ondanks de digitalisering in de tandprothetiek en tandtechniek handen tekort gaan komen.

Uit cijfers van het CBS blijkt dat in 2024 ongeveer 20% van de volwassen bevolking een kunstgebit had. Daarnaast gaf 7% van de volwassenen aan geen eigen tanden of kiezen meer te hebben; het merendeel van hen maakte gebruik van een kunstgebit.⁶ Een groot aantal daarvan bestaat uit ouderen (65+ers). Van de ouderen heeft een relatief groot deel een al dan niet volledige gebitsprothese.⁷ De mondgezondheid van de huidige ouderen is sterk beïnvloed door de cariësepidemie in de vorige eeuw. De ouderen en de generatie die nu geleidelijk de pensioenleeftijd bereikt, dragen daarvan nog de sporen. Door de (dubbele) vergrijzing neemt het aantal ouderen sterk

² Passende tandprothetische zorg, Toekomstvisie voor de tandprothetiek, ONT 2022

³ Kader Passende Zorg, Zorginstituut Nederland, juni 2022

⁴ Inschatting op basis van de leeftijdsopbouw van het ledenbestand van de ONT en de ledenraadpleging van de ONT uit 2021.

⁵ Inschatting op basis van het aantal gediplomeerde tandprothetici in de afgelopen jaren.

⁶ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/12/1-op-de-6-volwassenen-heeft-last-van-tand-of-kiespijn>

⁷ Praktijkwijzer Zorg aan ouderen in de algemene mondzorgpraktijk, KNMT, 2015

toe. Omdat steeds meer ouderen hun eigen dentitie (gedeeltelijk) behouden, ontstaat er een toenemende behoefte aan partiële prothetiek en andere hybride oplossingen. Daarnaast zijn er steeds meer mensen die problemen ondervinden met hun eigen gebit door het mijden van mondzorg en slechte mondverzorging als gevolg van (financiële) kwetsbaarheid. Dezelfde trend zien we terug onder jongeren als gevolg van achterblijvende mondverzorging en/of ongezonde eetgewoonten.

Deze demografische trends en maatschappelijke ontwikkelingen zijn ook van betekenis voor de mondzorg en tandprothetiek. De complexiteit neemt toe. Dit hangt samen met de veranderende zorgvraag, de veelheid aan gespecialiseerde zorgverleners en de eerder genoemde maatschappelijke opgaven. Technologische ontwikkelingen, vooral digitalisering, spelen ook een belangrijke rol.⁸ Ze zullen in de toekomst een steeds grotere rol spelen en gaan de mondzorg ingrijpend veranderen. Het traject van tandprothetische zorg, of het nu gaat om een volledige of implantaatgedragen gebitsprothese, krijgt daardoor een ander karakter. Om deze redenen heeft de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) besloten tot een herziening van de 'Zorgstandaard Tandprothetische Zorg'. Met de herziene versie van de 'Zorgstandaard Tandprothetische Zorg' wil de ONT het kader schetsen om, in het belang van de patiënt, samen met andere mondzorgpartijen kwalitatief hoogstaande tandprothetische zorg te realiseren. Het kader is bedoeld voor patiëntvertegenwoordigers, tandprothetici, andere zorgverleners in de mondzorg, beleidsmakers en verzekeraars. De 'Zorgstandaard Tandprothetische Zorg' maakt voor alle partijen in de zorg inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten van tandprothetische zorg.

1.3 Herziening Zorgstandaard 'Tandprothetische Zorg'

De Zorgstandaard 'Tandprothetische Zorg' beschrijft op hoofdlijnen de gewenste inhoud en organisatie van de tandprothetische zorg met de patiënt als vertrekpunt. Dat wil zeggen: *tandprothetische zorg die aansluit op de individuele behoeften en verwachtingen van patiënten*. Daarmee wordt ook de positie van de patiënt versterkt: er is transparantie en duidelijkheid over het zorgaanbod, de kwaliteit en de verantwoordelijkheden. De zorgstandaard geeft een zo actueel mogelijke beschrijving van deze zorg, die zoveel mogelijk is gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde inzichten. De zorgstandaard behandelt op hoofdlijnen het complete speelveld van de tandprothetische zorg, inclusief de organisatie van de zorg en de daarbij behorende indicatoren. De Zorgstandaard 'Tandprothetische Zorg' biedt daarmee een kwaliteitskader (gebaseerd op wetgeving, richtlijnen, protocollen, onderlinge afspraken, et cetera) waaraan tandprothetische zorg zowel inhoudelijk als organisatorisch zou moeten voldoen.

Voor de herziening van de zorgstandaard is door de ONT een werkgroep ingesteld die naast tandprothetici ook bestaat uit vertegenwoordigers van tandartsen en mondhygiënist⁹. Met dank aan de betreffende vertegenwoordigers is deze versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg in samenwerking met de KNMT en NVM-mondhygiënist tot stand gekomen. De herziene versie van de zorgstandaard 'Tandprothetische Zorg' die door de werkgroep is ontwikkeld, gaat verder dan een synthese van bestaande documenten, wetgeving, et cetera. De zorgstandaard bevat elementen die nog niet zijn opgenomen in richtlijnen. Deze behoeven in praktijk soms nog nadere uitwerking. De Zorgstandaard 'Tandprothetische Zorg' schetst daarmee een toekomstperspectief dat de komende jaren stapsgewijs wordt ingevuld. Zorgverleners zullen in concrete situaties relevante (risico)factoren afwegen en, in samenspraak met de patiënt, het beleid vormgeven. Zij kunnen daarbij beredeneerd

⁸ Beroepsprofiel Tandprothetiek, ONT, 2018

⁹ Zie bijlage I voor de volledige samenstelling van de werkgroep.

afwijken van het beleid dat wordt beschreven in richtlijnen. Dat laat onverlet dat richtlijnen en standaarden bedoeld zijn om te fungeren als maat en houvast voor zowel zorgverleners als patiënt.

De zorgstandaard is een dynamisch document. In de zorgstandaard zijn werkwijzen en een beschrijving van zorg opgenomen die in de praktijk algemeen gebruik zijn: *de werkelijkheid (ist)*. Daarnaast biedt de standaard ruimte voor (innovatieve) ontwikkelingen richting *de gewenste situatie (soll)*. In de praktijk is er vaak sprake van een geleidelijke overgang van de bestaande situatie naar de gewenste situatie, waardoor er een mix van beide situaties kan bestaan. Periodiek en zo vaak als actualisatie van de onderliggende richtlijnen en andere actuele ontwikkelingen hiertoe aanleiding geven, zal de ONT zich beraden op de vraag of aanpassingen van de zorgstandaard wenselijk en noodzakelijk zijn. Met het oog op de toepassing in de praktijk zal als onderdeel van de zorgstandaard een implementatieplan worden ontwikkeld. Het implementatieplan dat bij deze standaard hoort, zal worden opgesteld in overleg met alle bij de tandprothetische zorg betrokken partijen. Onderdeel van het implementatieplan is ook het beheer en onderhoud van de zorgstandaard Tandprothetische Zorg.

Daarnaast zullen in samenspraak met de Patiëntenfederatie Nederland de mogelijkheden worden verkend voor het ontwikkelen van handzame en begrijpelijke informatie die is gebaseerd op deze Zorgstandaard. De informatie kan onder meer bestaan uit praktische materialen die ondersteunend zijn voor het zorgproces. Hierbij zal rekening worden gehouden met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, laaggeletterden en anderstaligen.

1.4 Leeswijzer

De Zorgstandaard Tandprothetische Zorg is opgebouwd uit vijf hoofdstukken die gezamenlijk een integraal kader bieden voor passende tandprothetische zorg. De inleiding biedt een beknopte toelichting op het concept Passende Zorg en de toepassing ervan binnen de tandprothetische zorg. Tevens wordt de aanleiding en achtergrond van de herziening van deze zorgstandaard toegelicht. In het tweede hoofdstuk staat de patiënt centraal als uitgangspunt voor zorgverlening. Het belang van persoonsgerichte zorg en het proces van 'samen beslissen' met de patiënt worden uitgediept. De belangrijkste stappen binnen dit proces worden in de deelhoofdstukken nader toegelicht. Het derde hoofdstuk richt zich op de samenwerking tussen zorgverleners die betrokken zijn bij tandprothetische zorg. Professionals binnen het mondzorgteam, zoals tandartsen, tandarts-implantologen, mondhygiënist, tandprotheticus en MKA-chirurgen spelen een cruciale rol. De tandarts-implantoloog is een gespecialiseerde tandarts. In deze Zorgstandaard wordt, waar het begrip 'tandarts' wordt gebruikt, tevens de tandarts-implantoloog bedoeld. Andere zorgverleners, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en logopedisten, spelen ook een belangrijke rol, bijvoorbeeld in het signaleren van mondzorgproblemen. Ook wordt de invloed van andere sectoren, zoals verpleeghuizen en het sociaal domein, belicht. Vervolgens behandelt hoofdstuk vier de opleiding en competenties van de tandprotheticus, deskundigheidsbevordering, richtlijnen en standaarden en het kwaliteitsbeleid binnen de tandprothetische zorg. Kwaliteitsindicatoren en methoden om de kwaliteit van zorg te waarborgen worden hier eveneens besproken. In het slothoofdstuk worden de verschillende elementen uit deze zorgstandaard samengebracht. Er wordt uiteengezet wat er nodig is om passende tandprothetische zorg te organiseren en te realiseren, waarbij de huidige situatie wordt vergeleken met de stappen die nodig zijn om tot een gewenste situatie te komen. In de zorgstandaard zijn casussen vanuit de praktijk opgenomen om bepaalde situaties te schetsen en de toepassing van dit document in de dagelijkse zorgpraktijk te illustreren. Deze voorbeelden zijn opgesteld in overleg met de betrokken werkgroep en dienen ter

verduidelijking; ze bieden geen kant-en-klare oplossingen, maar laten zien hoe de standaard toegepast kán worden. In de praktijk zullen zich uiteenlopende situaties voordoen die vragen om een professionele afweging en maatwerk, waarbij ook andere oplossingen denkbaar zijn. Deze zorgstandaard is mede gebaseerd op relevante wet- en regelgeving, zoals de Wet BIG, de Wet DBA, de WGBO, de Wkkgz en andere wetten die van toepassing zijn. Deze wetgeving vormt het juridische kader voor de zorgverlening en de verantwoordelijkheden van de betrokken (mond)zorgverleners. Verdere toelichting op de wetgeving is opgenomen in de tekst van de Zorgstandaard en in de verklarende woorden- en begrippenlijst in bijlage III.

2. De patiënt als vertrekpunt

De sleutel voor het leveren van passende (tandprothetische) zorg ligt bij het bieden van persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Patiënten worden daarbij benaderd vanuit het concept van positieve gezondheid, waarbij gezondheid tegenwoordig wordt beschreven als: *'het vermogen van een persoon om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'*.¹⁰ De zes dimensies van positieve gezondheid (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren) volgens de nieuwe definitie van Machteld Huber worden visueel weergegeven in het onderstaande spinnenwebmodel.



Figuur 1 Het model van positieve gezondheid

2.1 Persoonsgerichte zorg

Het concept van positieve gezondheid past bij het bieden van persoonsgerichte zorg. Kern van de persoonsgerichte benadering is dat een zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat. Patiënten en zorgverleners beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt. Gezamenlijke besluitvorming wordt gedefinieerd als het proces waarin zorgverleners en patiënten in gezamenlijkheid tot besluiten komen die het best passen bij de patiënt en zijn individuele situatie.¹¹ Het gaat hierbij om het uitwisselen van informatie, zowel van zorgverleners naar patiënten als vice versa. Patiënt en zorgverlener bespreken samen de aard en achtergrond van het probleem, de verschillende opties om hier mee om te gaan, de voor- en nadelen van de opties en welke overwegingen belangrijk zijn voor de betreffende patiënt.¹² Deze uitwisseling moet leiden tot

¹⁰ Huber et al (2011). How should we define health? British Medical Journal (BMJ).

¹¹ Shared decision making: a model for clinical practice. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. J Gen Intern Med. 2012;27:1361-7.

¹² Op weg naar eenheid van taal Een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen, Zelfzorg Ondersteund, november 2016.

een gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg.¹³ In het gesprek met de patiënt gaat het er vooral om zijn of haar motivatie, mogelijkheden en behoeften boven tafel te krijgen en zorg hierop te laten aansluiten. De principes van persoonsgerichte zorg en 'samen beslissen' vormen hiervoor de basis.

Casus A: Muhamed

Muhamed is een 44-jarige man, geboren in Afghanistan en sinds 2004 woonachtig in Nederland met zijn gezin. Hij woont in Hoofddorp en werkt als logistiek medewerker bij Decathlon. Zijn zoon is onlangs gescout door Jong Ajax, iets wat het gezin erg trots maakt

Medisch gezien is Muhamed ASA-classificatie 2 vanwege zijn astma, waarvoor hij dagelijks meerdere puffers en gerelateerde medicatie gebruikt. Zijn mondgezondheid is in het verleden sterk beïnvloed door langdurig roken, wat heeft geleid tot ernstige parodontale problemen en uiteindelijk het verlies van zijn natuurlijke gebit. Sindsdien draagt hij een volledige gebitsprothese.

Hoewel hij al geruime tijd een gebitsprothese heeft, ervaart hij voortdurend ongemak en pijn bij het dragen ervan. De klachten beïnvloeden zijn dagelijks functioneren en voedingspatroon. Omdat zijn kinderen onder behandeling zijn bij een recent geopende tandartspraktijk in de buurt, besluit Muhamed hier zelf ook een afspraak te maken. Tijdens zijn bezoek legt hij zijn situatie voor aan tandarts Sophie, een jonge en gemotiveerde tandarts, en vraagt hij om advies over mogelijke oplossingen voor zijn aanhoudende klachten.

Behandelroute en overwegingen

Wanneer Muhamed zijn klachten voorlegt aan tandarts Sophie, constateert zij dat hij veel last heeft van zijn huidige gebitsprothese. Omdat zij zelf beperkte ervaring heeft met prothetische voorzieningen, besluit ze door te verwijzen naar een tandprotheticus voor een verdere beoordeling en mogelijke oplossing. In veel gevallen kan de tandprotheticus beoordelen of de huidige gebitsprothese aangepast kan worden of dat een nieuwe voorziening noodzakelijk is.

De tandprotheticus beoordeelt de mondsituatie van Muhamed en stelt enkele belangrijke vragen:

- *Is de huidige gebitsprothese nog adequaat of zijn er verbeteringen mogelijk?*
- *Kan de bestaande gebitsprothese aangepast of gerepareerd worden?*
- *Is er een wens of indicatie om over te stappen op een implantaatgedragen voorziening?*

Indien Muhamed implantaten overweegt, wordt hij doorverwezen naar een tandarts-implantoloog of MKA-chirurg. Hierbij spelen medische factoren, zoals zijn astma en medicijngebruik, een belangrijke rol in de behandelplanning. Een goede afstemming tussen de tandprotheticus en implantoloog is essentieel om te voorkomen dat implantaten verkeerd worden geplaatst of dat de prothetische voorziening niet optimaal functioneert. De uiteindelijke keuze voor de behandeling wordt gemaakt in samenspraak tussen de zorgverleners en de patiënt, waarbij de voor- en nadelen zorgvuldig worden afgewogen.

Tijdens de behandeling wordt opgemerkt dat Muhamed mogelijk kampt met psychische klachten als gevolg van trauma, wat zich onder andere uit in knarsen. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor zijn gebitsprothese en het behandelresultaat. In overleg kan de tandarts een voorziening maken om het knarsen te verminderen, maar dit vraagt ook om een bredere aanpak met andere (mondzorg)disciplines.

Deze casus laat duidelijk zien hoe de patiënt als vertrekpunt kan worden genomen tijdens een behandeling in

¹³ Ouwens M e.a. Shared decision making & Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begrippen. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2012.

plaats van het gezondheidsprobleem. Daarnaast onderstreept deze casus het belang van een multidisciplinaire aanpak en goede samenwerking tussen tandarts, tandprotheticus, implantoloog en mondhygiënist om tot een passende en duurzame oplossing te komen voor de patiënt.

2.2 Samen beslissen in de mondzorg en tandprothetische zorg

Onder invloed van het concept van positieve gezondheid en persoonsgerichte zorg verandert ook de invulling van de mondzorg en de tandprothetiek. De tandprothetische zorg richt zich primair op het herstel van het kauwvermogen en de fonetiek (de spraak) van de patiënt en het esthetische aspect. Het betekent dat functieverlies wordt herkend, waarna adequaat wordt gehandeld om dit verlies, met oog voor esthetiek, te herstellen. Een behandeltraject binnen de tandprothetische zorg bestaat over het algemeen uit:¹⁴

- het onderzoeken van de mond van een patiënt om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen voor het toepassen van een gebitsprothese;
- het aanmeten, maken en plaatsen van een volledige gebitsprothese voor de bovenkaak en/of onderkaak bij patiënten die een gebitsextractie hebben ondergaan;
- het aanmeten, maken en plaatsen van een gedeeltelijke gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak bij patiënten (hiervoor is een verwijzing van een tandarts nodig);
- het repareren van gebitsprothesen;
- het geven van voorlichting en advies aan patiënten over de gebitsprothese en het onderhoud of gebruik daarvan.

Bij (tandprothetische) behandelingen zijn er verschillende beslissingen te nemen. De patiënt en mondzorgverleners beslissen gezamenlijk hoe een zorgvraag wordt opgepakt. Deze beslissingen komen tot stand in een dialoog tussen de patiënt en de zorgverlener, waarbij de patiënt de gelegenheid krijgt om vragen te stellen en zo een weloverwogen keuze kan maken. In het proces van samen beslissen stellen zorgverlener en patiënt samen het persoonlijke doel van de patiënt vast en spreken ze af hoe ze deze doelstelling willen bereiken. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen. Behandeldoelen en afspraken vormen samen de kern van het individuele mondzorgplan. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat goede inrichting en ondersteuning van dit besluitvormingsproces patiënten helpt. De resultaten laten zien dat het toepassen van de principes van Samen Beslissen met name een positief effect heeft op de mate waarin patiënten geïnformeerd zijn over de te volgen behandeling.¹⁵ De zorgverlener kan door Samen Beslissen beter inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Voor de patiënt betekent Samen Beslissen dat er een keuze wordt gemaakt die het beste aansluit bij de eigen situatie en diens persoonlijke voorkeuren. Dit leidt tot minder spijt van de genomen beslissing. Hierbij lijkt met name de inzet van keuzehulpmiddelen om patiënten te ondersteunen bij het nemen van de beslissing een positief effect te hebben. Zo verhogen keuzehulpmiddelen het kennisniveau van de patiënt, leiden keuzehulpen tot een meer accurate inschatting van de risico's van de verschillende behandelopties en verhogen ze de assertiviteit van de patiënt tijdens het besluitproces. Een beeld

¹⁴ Tekst gebaseerd op het huidige Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus

¹⁵ Samen Beslissen in de praktijk. Onderzoek in opdracht van het Zorginstituut, L. Boonen, S. Ybema, Y la Grouw, K. Kee en H. Taverne, Equalis en VU, 2019

dat wordt bevestigd door de Patiëntenmonitor Mondzorg,¹⁶ waaruit blijkt dat de tandprotheticus ruim de tijd neemt voor het doorspreken van de behandeling met de patiënt, veel ruimte biedt voor het stellen van vragen, en vaak met de patiënt beslist over de behandeling.

Het proces van gezamenlijke besluitvorming bestaat uit de volgende stappen¹⁷:

- voorbereiding;
- samen doelen stellen;
- samen zorgafspraken maken;
- afspraken uitvoeren en evalueren.



Figuur 2 Het proces van gezamenlijke besluitvorming

¹⁶ Patiëntenmonitor mondzorg, Patiëntenfederatie Nederland, 2022

<https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/monitor/1193-patiëntenmonitor-mondzorg/file>

¹⁷ Handreiking "Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken", InEen, Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, 2015 <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/08/Handreiking-Gezamenlijke-Besluitvorming-Uitgebreide-document-2.pdf>

Het proces van gezamenlijke besluitvorming heeft een cyclisch karakter. Dit betekent dat de verschillende onderdelen niet noodzakelijkerwijs binnen één consult in de aangegeven volgorde hoeven te worden uitgevoerd. De onderdelen kunnen worden verdeeld over meerdere gesprekken. Afhankelijk van de patiënt en diens problematiek kunnen deze stappen meer of minder diepgravend worden doorlopen.

2.3 Voorbereiding

Het voorlichten van de patiënt is essentieel om de patiënt een goed begrip te geven van wat hij of zij kan verwachten en om een actieve en betrokken rol in het behandeltraject te bevorderen. Veel patiënten zijn in hun dagelijks leven niet gewend om bewust en expliciet doelen en zorgafspraken te formuleren. Daarom is een goede uitleg hierover, eventueel ondersteund met voorbeelden, noodzakelijk om de verwachtingen aan beide kanten duidelijk te maken. De uitleg aan de patiënt kan gaan over het behandelplan, de specifieke reden van de hulpvraag, verwachtingen omtrent comfort, functie en esthetiek. Vervolgens ontvangt de patiënt algemene informatie over het verloop van het behandeltraject. Hierbij kan worden gedacht aan een overzicht van de verschillende stappen in het behandeltraject, van de eerste afspraak tot de afronding van de behandeling, een bijbehorende tijdslijn en wat de patiënt kan verwachten tijdens elke fase van de behandeling.

Mondzorgverleners en tandprotheticipers dienen de patiënt informatie te geven over het verloop van een behandeling, het verwachte resultaat en eventuele complicaties. De mondzorgverleners drukken zich voor patiënten goed en begrijpelijk uit en verstrekken alle informatie in voldoende mate en op een begrijpelijke manier. Daarbij krijgt de patiënt ook goede informatie over wat hij zelf zou kunnen doen. Op www.kunstgebit.nl en www.allesoverhetgebit.nl kunnen patiënten hierover veel nuttige en bruikbare informatie vinden.

De mondzorgverleners mogen in staat worden geacht goed om te gaan met eventuele angsten van de patiënt voor de mondzorg. Vanwege hun rol in het behandeltraject, is het van groot belang dat zij een vertrouwensband opbouwen met de patiënt. Door het creëren van een vertrouwensband is een tandprotheticus in staat de patiënt zoveel mogelijk gerust te stellen bij de behandeling. Gedragscodes van beroepsorganisaties geven duidelijke richtlijnen voor het gedrag van de mondzorgverlener. Het volgen van deze richtlijnen kan helpen om angst en ongemak bij de patiënt te verminderen, wat de behandeling aangenamer maakt.

Uit de eerder aangehaalde Patiëntenmonitor Mondzorg van de Patiëntenfederatie¹⁸ blijkt dat tandprotheticipers er over het algemeen goed in slagen om samen met patiënten de behandeling door te spreken, ruimte bieden voor het stellen van vragen en zo tot een gezamenlijk besluit over de meest geschikte behandeling te komen.

Extra aandacht voor specifieke groepen

Het is ook van belang dat er goede informatievoorziening beschikbaar is voor laaggeletterde en/of anderstalige patiënten en mensen met lage gezondheidsvaardigheden. De uitleg kan toegankelijker gemaakt worden door gebruik te maken van heldere en eenvoudige taal, technische termen te vermijden en bijvoorbeeld gebruik te maken van visuele hulpmiddelen zoals animaties en

¹⁸ Patiëntenmonitor mondzorg, Patiëntenfederatie Nederland, 2022

<https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/monitor/1193-patiëntenmonitor-mondzorg/file>

infographics. Er bestaan verschillende tools om informatie op een begrijpelijke manier over te brengen. Een voorbeeld is de digitale uitlegmodule van Steffie (<https://kunstgebit.steffie.nl/nl/>).

2.4 Samen doelen vaststellen

Persoonsgerichte zorg stelt de persoonlijke doelen van de patiënt centraal. Deze doelen ontstaan door het combineren van het patiëntperspectief met het professionele perspectief van de zorgverlener. Het professionele perspectief is zo veel mogelijk gebaseerd op (wetenschappelijk onderbouwde) richtlijnen en standaarden.

Het samen met de patiënt vaststellen van de doelen verloopt volgens een aantal stappen:

1. Exploreren (patiëntperspectief): wat is de huidige situatie van de patiënt, wat zijn de eerdere ervaringen van de patiënt en wat zijn de behandelwensen
2. Informeren (zorgverlenersperspectief): relevante informatie over de mogelijkheden; in welke mate sluiten deze aan bij de (behandel)wensen van de patiënt
3. Doelen formuleren (integratie van patiënten- en zorgverlenersperspectief): bespreken en vaststellen van de behandeldoelen, verkennen van mogelijke behandelingen die hierbij aansluiten

Het is essentieel om de huidige en gewenste situatie van de patiënt goed te verkennen en inzicht te krijgen in wat de patiënt belangrijk vindt en wat de verwachtingen zijn voor het eindresultaat, namelijk: een goed functionerende uitneembare gebitsprothese. De mondzorgverlener/tandprotheticus be vraagt de patiënt over relevante aandoeningen, medicatie en veranderingen in de algemene gezondheidstoestand die van invloed kunnen zijn op een veilige en effectieve behandeling. Op basis van de specifieke situatie van de patiënt kunnen tandprotheticus en andere mondzorgverleners passende informatie en advies geven. In overleg kunnen de patiënt en de zorgprofessionals vervolgens hun perspectieven integreren en gezamenlijk het gewenste eindresultaat bepalen. Op geleide van hun bevindingen komen de patiënt en de betrokken zorgverleners op die manier gezamenlijk tot besluiten over de behandeling, advisering of doorgeleiding.

2.5 Samen zorgafspraken maken

Wanneer de persoonlijke doelen van de patiënt duidelijk zijn, zowel voor de patiënt als de zorgprofessional, kunnen zorgafspraken worden opgesteld die nodig zijn om het doel te bereiken. Tandprotheticici en andere mondzorgverleners verstrekken informatie over de verschillende behandelopties en de mogelijkheden voor preventie (voor- en nadelen van behandelingen en niet behandelen). Hierbij kan ook aandacht worden besteed aan de eigen rol van de patiënt in het zorgproces: Wat kan een patiënt zelf doen om het behandeldoel te bereiken?

De patiënt kan zelf ook initiatieven nemen ten behoeve van gezamenlijke besluitvorming, bijvoorbeeld door de methode '3 Goede Vragen' te gebruiken.¹⁹ Hij stelt in dat geval drie eenvoudige vragen: 'Wat zijn mijn mogelijkheden?', 'Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?' en 'Wat betekent dat in mijn situatie?'. Ervaringen in het buitenland hebben geleerd dat patiënten

¹⁹ De methode '3 goede vragen' vindt zijn oorsprong in het buitenland. Via zogenaamde 'Ask 3 questions'-campagnes werden zorgconsumenten op een succesvolle wijze gestimuleerd om mee te praten over hun zorg. Patiëntenfederatie NL en de Federatie Medisch Specialisten hebben deze methode vertaald naar de Nederlandse situatie.

hierdoor betere informatie kregen over behandelmogelijkheden, voordelen en risico's. Bovendien duurden de gesprekken met zorgverleners er niet langer door.²⁰

Een patiënt kan alleen keuzes maken als inzicht wordt geboden in tandprothetische zorg en de verschillende kwaliteitsaspecten van deze zorg. Dit is een belangrijke voorwaarde voor gezamenlijke besluitvorming. Tandprothetici en betrokken organisaties (o.a. ONT en SNTI) kunnen meewerken aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in elk geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt niet alleen in op de medische aspecten, maar ook op de persoonlijke situatie van een patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven.

De tandprotheticus/mondzorgverlener stemt per patiënt af hoeveel en welke informatie wanneer wordt verstrekt en laat zich hierbij leiden door hetgeen wat de patiënt redelijkerwijs moet weten over de hiervoor genoemde punten om een beslissing te kunnen nemen.²¹

Bij het maken van de zorgafspraken is het belangrijk om aandacht te besteden aan de volgende zaken:²²

- Keuzeproces toelichten: aangeven dat er echt iets te kiezen valt
- Opties bespreken: De beschikbare behandelopties zijn afhankelijk van de individuele situatie die per patiënt kan verschillen. Het gesprek hierover met de patiënt vraagt maatwerk en een zorgvuldige afweging van de mogelijkheden. De meest voorkomende behandelopties zijn:
 - Conventionele gebitsprothese: een uitneembare gebitsprothese die ontbrekende tanden en omliggende weefsels vervangt.
 - Partiële gebitsprothese: een uitneembare voorziening die een deel van het gebit vervangt. In tegenstelling tot een volledige gebitsprothese, die alle tanden in een kaak vervangt, wordt een partiële gebitsprothese gebruikt wanneer er nog eigen tanden aanwezig zijn. Dit type gebitsprothese vult de open ruimtes op en helpt om de bestaande tanden op hun plaats te houden.
 - Immediaatprothese: een tijdelijke gebitsprothese die direct na het trekken van tanden wordt geplaatst. Dit voorkomt dat de patiënt tijdens de genezingsperiode na extracties zonder tanden hoeft rond te lopen.
 - implantaatgedragen prothese / overkappingsprothese: een gebitsprothese die rust op implantaten die in de kaak zijn geplaatst en op het tandvlees.
 - Rebasing: een procedure waarbij de pasvorm van een bestaande gebitsprothese wordt verbeterd door de basis ervan te vernieuwen. Tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of tandarts/implantoloog kan worden geconstateerd dat de

²⁰ Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. Shepherd HL et al. Pat Educ Counsel 2011;84:379-85.

The Health Foundation. MAGIC: Making Good Decisions in Collaboration. Shared decision making as part of everyday practice. 2012. The Health Foundation. Case Study: Developing the 'Ask 3 Questions' campaign to raise people's awareness of shared decision making. 2013.

²¹ Implementatie van WGBO Deel 2 - Informatie en toestemming, KNMG, 2004

²² Samen Beslissen in de praktijk, Zorginstituut Nederland, 2019

gebitsprothese onvoldoende retentie heeft of dat de pasvorm niet meer optimaal is als gevolg van voortschrijdende resorptie. In dat geval kan worden gekozen voor rebasing. Ook kan de patiënt zich met klachten melden bij een van de behandelaren.

- Vervangende gebitsprothese: tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of tandarts/implantoloog kan blijken dat de prothetische voorziening niet meer voldoet aan de geldende criteria. Het is ook mogelijk dat de patiënt zelf klachten ervaart met betrekking tot de implantaatgedragen voorziening en zich hiervoor tot een zorgverlener wendt.

Een gedetailleerde uitwerking van deze behandelopties is opgenomen in een verdiepende bijlage.

- Samen beslissen: tandprotheticus en patiënt besluiten samen hoe het individuele mondzorgplan er uit zal gaan zien.

Informed consent

Binnen de tandprothetische zorg respecteren alle zorgverleners te allen tijde het recht van de patiënt op informed consent, zoals vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Voor het uitvoeren van een behandeling dient de patiënt toestemming te geven. Om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen, moet de patiënt eerst goed geïnformeerd zijn over de behandeling, de mogelijke risico's en alternatieven. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid en wordt ook wel informed consent genoemd. Het gesprek hierover wordt vastgelegd in het medisch dossier. Daarbij moet de mondzorgverlener ook controleren of de patiënt de informatie goed heeft begrepen om een beslissing te kunnen nemen. Een patiënt hoeft geen toestemming te geven voor een behandeling en kan hierdoor afzien van een behandeling.

Individueel mondzorgplan

Volgens de afspraken uit het traject van gezamenlijke besluitvorming stelt de tandprotheticus een individueel mondzorgplan op. De functie van het individueel mondzorgplan is:

- het bieden van een handvat voor regie en zelfmanagement voor de patiënt (benadrukken van de actieve rol van de patiënten op momenten van besluitvorming);
- het inventariseren, bespreken en indien nodig verhelderen van de wensen, behoeften, verwachtingen van de patiënt;
- inzicht geven in de rol en de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners;
- ondersteunen van gezamenlijke besluitvorming;
- en noteren van gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de patiënt.

In het plan worden alle aspecten vastgelegd die van belang zijn voor de zorg en behandeling van de patiënt. Het individuele mondzorgplan beschrijft minimaal de zorgvraag, diagnose, doelen, aanpak en overeengekomen tandprothetische behandeling. Het plan voorziet in een realistische tijdsplanning, inclusief het traject van nazorg. De zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, worden in dit plan zoveel mogelijk bij naam genoemd. Verder wordt de verdeling van hun verantwoordelijkheden beschreven (zie ook paragraaf 5.3). Het behandelplan dient opgenomen te worden in het patiëntendossier.

Rekening houdend met de persoonlijke voorkeuren van de patiënt, sluit het plan aan op de eventueel geconstateerde risico's en beschrijft het alle belangrijke momenten en afspraken tijdens de behandeling. Het zorg- & behandelplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het behandelproces.

Het kan de patiënt zo nodig ondersteunen bij noodzakelijk preventieve maatregelen. Het is daarom vanzelfsprekend dat de patiënt zelf direct betrokken is bij het opstellen van het plan. Dit garandeert dat het plan is aangepast aan kennisniveau, leeftijd, leefwijze, sociaal-economische status, taalniveau, culturele achtergrond, et cetera. Dit plan is op verzoek digitaal beschikbaar voor zowel de patiënt als betrokken zorgverlener(s).

Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels (volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming). Mondzorgverleners hebben conform de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) een geheimhoudingsplicht. Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist (conform de WGBO). Er zijn uitzonderingen op het beroepsgeheim. Zo kan de patiënt toestemming geven om informatie te delen. Ook kan het voorkomen dat het beroepsgeheim moet worden doorbroken vanwege een wettelijke verplichting.

Het behandelplan maakt deel uit van het patiëntendossier. Het beheer van dit dossier ligt bij de tandprotheticus/mondzorgverlener, maar de patiënt heeft altijd recht op inzage in zijn of haar dossier, op basis van artikel 7:456 BW (WGBO). Dit betekent dat de patiënt, als hij of zij dat wenst, het dossier kan inzien en een kopie kan ontvangen, kosteloos en binnen een maand na het verzoek. Het behandelplan wordt altijd besproken met de patiënt. Daarbij verstrekt de tandprotheticus/mondzorgverlener ook informatie over de kosten en het verwachte resultaat van de behandeling. Als het van toepassing is, bespreekt de mondzorgverlener alternatieven en de kosten daarvan en geeft hij informatie over vergoedingen c.q. verwijst hij naar de zorgverzekeraar. Bij behandelingen die meer dan €250 kosten, moet er altijd een kostenraming worden verstrekt, volgens de Nza-regeling mondzorg.

Het plan kan in de toekomst deel uitmaken van een digitaal patiëntendossier dat toegankelijk is voor zowel de patiënt als voor de betrokken zorgverleners. De ONT is bereid om samen met koepels van zorgverleners en patiëntenorganisaties een actieve bijdrage te leveren aan het ontwikkelen van een werkzaam en gedragen model voor het individueel mondzorgplan.

2.6 Uitvoering en evalueren

De tandprotheticus/mondzorgverlener voert het individuele mondzorgplan uit in voortdurend overleg met de patiënt en andere bij het behandeltraject betrokken zorgprofessionals. De samenwerking met de patiënt geeft inzicht in het belang van een goed functionerend gebit voor de gezondheid. Het stelt de patiënt ook in staat zelfstandig en weloverwogen keuzes te maken in het behandeltraject. De tandprotheticus stemt af, gaat regelmatig na hoe de patiënt het gebitsprobleem en de behandeling ervaart, en stuurt op basis daarvan zijn eigen handelen bij.

Het werken met doelen en zorgafspraken is een proces dat niet in één consult afgerond zal zijn. Een tandprotheticus voert het aanmeten van een gebitsprothese (aan de behandelstoel) en het vervaardigen van het kunstgebit (in het (eigen) tandtechnisch laboratorium) doorgaans zelf uit. Afhankelijk van de zorgvraag kan een tandprothetische behandeling bestaan uit verschillende onderdelen, waaronder:

- aanmeten van de gebitsprothese;
- vervaardigen van de gebitsprothese;
- aanpassen en plaatsen van de gebitsprothese;

- voorlichting over de gebitsprothese en het gebruik;
- nazorg op korte en lange termijn.

Het uitvoeren van een tandprothetische behandeling is maatwerk en zal per patiënt verschillen. Daarmee is het exacte verloop van de behandelingstappen en de beleving ervan voor iedere patiënt anders. Optimale resultaten kunnen variëren van: volledig herstel van klachten tot en met aanpassing aan en adequate omgang met blijvend verlies van de kauwfunctie.²³ Het realiseren van acceptatie en tevredenheid van de patiënt staat voorop bij alle beoogde resultaten volgens het individuele mondzorgplan. Een op de patiënt individueel afgestemde evaluatie en het maken van afspraken over nazorg vormen een belangrijk onderdeel van het proces. Ervaren knelpunten die de patiënt is tegengekomen worden besproken en meegenomen in vervolgafspraken over het nazorgtraject.

Nazorg en preventie

Goede nazorg is essentieel voor een succesvolle behandeling op de korte en lange termijn. Wanneer de tandprothetische behandeling is afgerond, bespreekt de tandprotheticus met de patiënt het traject van nazorg en geeft hij voorlichting over het omgaan met en onderhouden van de gebitsprothese. Periodieke controle maakt deel uit van het nazorgtraject. Dat geldt ook voor het volgen van trainingsprogramma's door de patiënt en begeleiding of coaching van de patiënt of diens omgeving door de tandprotheticus en/of andere mondzorgverleners.

In het kader van preventie van gebitsproblemen geeft de tandprotheticus voorlichting en advies over gezondheidsbevorderend gedrag en over maatregelen om problemen van het kauwstelsel te voorkomen. De tandprotheticus kan training en coaching aanbieden, individueel en groepsgewijs, gericht op gezondheid bevorderend gedrag in het dagelijks leven, ter voorkoming van aandoeningen van het kauwstelsel en dragende weefsels in het mondgebied. Waar dat gewenst is, werkt de tandprotheticus hierin samen met andere professionals.²⁴ In samenspraak met de patiënt(en) worden preventieve activiteiten en programma's (tussentijds) geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Casus B: Mevrouw Jansen

Mevrouw Jansen, een 59-jarige patiënte, meldt zich bij de tandprotheticus met de wens voor een nieuwe volledige bovenprothese. Haar huidige gebitsprothese is 12 jaar oud, versleten en past niet goed meer. Daarnaast ervaart zij sinds enkele maanden pijnklachten aan element 45. In de onderkaak heeft zij nog een beperkt restgebit (C-C, 38, 45 en 48), maar zij overweegt ook hier een gebitsprothese om, zoals ze zelf zegt, "van alle ellende af te zijn."

Mevrouw heeft sinds 12 jaar geen tandarts bezocht vanwege angst. De positieve ervaring van haar buurvrouw met een nieuwe gebitsprothese heeft haar echter gemotiveerd om actie te ondernemen. Zij ervaart de stap naar een tandprotheticus als minder spannend dan een bezoek aan de tandarts.

Behandelroute en overwegingen

Tijdens het consult worden de behandelopties uitgebreid besproken waarbij de mogelijke nadelen van een onderprothese bij een beperkt aantal resterende elementen worden benadrukt.

Uiteindelijk wordt mevrouw overtuigd om toch eerst een tandarts te bezoeken, waarbij zij kiest voor een andere praktijk dan waar zij in het verleden minder goede ervaringen had. De tandprotheticus helpt haar met het

²³ Beroepsprofiel Tandprothetiek, Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici, 2018

²⁴ Beroepsprofiel Tandprothetiek, Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici, 2018

maken van een afspraak. Bij de tandarts wordt vastgesteld dat elementen 38 en 45 geëxtraheerd moeten worden, maar dat de overige elementen in goede conditie zijn.

Daarnaast krijgt mevrouw een verwijzing naar de mondhygiënist voor een professionele gebitsreiniging en wordt zij opgenomen in de periodieke recall bij de tandarts.

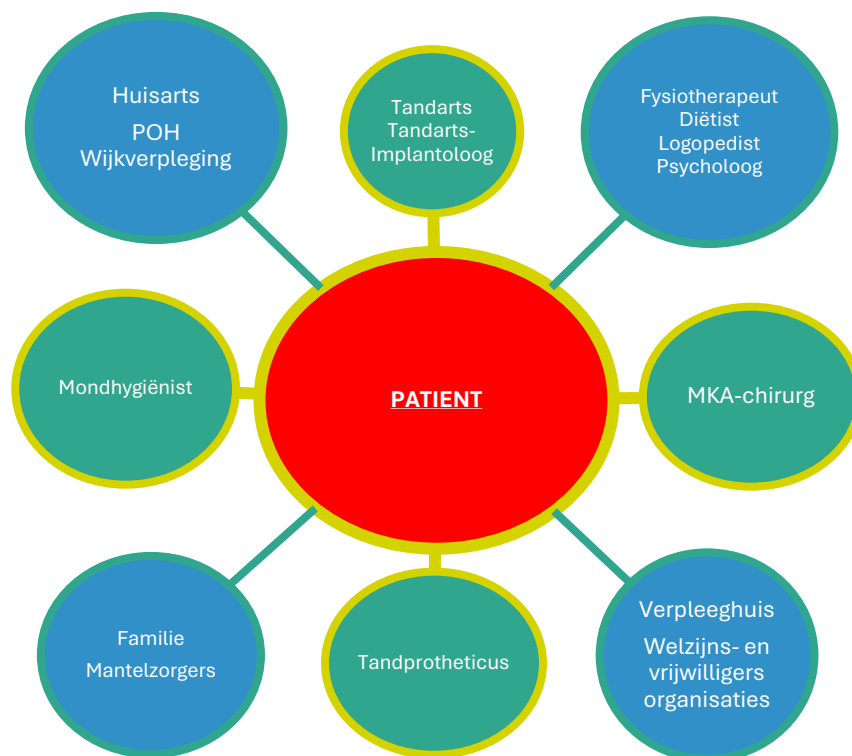
Na genezing van de extractieplaatsen wordt een nieuwe volledige bovenprothese en een partiële onderprothese (PO) vervaardigd bij de tandprotheticus. Mevrouw ervaart uiteindelijk een aanzienlijke verbetering in comfort en functie en voelt zich beter geïnformeerd en begeleid in haar mondzorgtraject.

3. Samenwerken rond de patiënt

Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk vormen de persoonlijke situatie van patiënten én hun zorgvraag het uitgangspunt voor het bieden van tandprothetische zorg. Op geleide van de zorgvraag wordt bepaald welke (mond)zorgverlener(s) een bijdrage kunnen leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag. Afhankelijk van de zorgvraag kunnen dit zorgverleners zijn:

- binnen het mondzorgteam: tandartsen, MKA-chirurgen, mondhygiënist en tandprothetici;
- buiten het mondzorgteam vanuit andere zorgdisciplines, zoals: huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, logopedisten etc.;
- of vanuit andere sectoren, waaronder: verpleeghuizen, welzijns- en vrijwilligersorganisaties (sociaal domein).

De samenwerking richt zich daarmee op zorgverleners binnen en buiten de mondzorg. Zie hiervoor de onderstaande figuur die het uitgebreide netwerk weergeeft waar patiënten een beroep op doen bij zorgvragen op het gebied van hun mondgezondheid.



Figuur 3 Samenwerking rond de patiënt

Bij de tandprothetische zorg zijn vaak meerdere mondzorgverleners betrokken. Iedere mondzorgverlener levert op grond van zijn of haar competenties een bijdrage aan het zorgproces. Het mondzorgteam bestaat uit tandartsen, kaakchirurgen (MKA-chirurgen), mondhygiënist en tandprothetici. Samen geven ze invulling aan persoonsgerichte en samenhangende zorg, waarbij iedere zorgverlener wordt aangesproken op zijn of haar professionele inbreng. Onderlinge afstemming en samenwerking is daarbij cruciaal. Een mooi voorbeeld hiervan is het aanmeten van

een implantaatgedragen gebitsprothese, waarbij tandarts-implantologen en/of kaakchirurgen nauw samenwerken met tandprothetici. Bij de periodieke controle van implantaatgedragen protheses is de samenwerking met mondhygiënist van belang; zij controleren met enige regelmaat of de implantaten goed worden verzorgd en beoordelen de gezondheid van het omliggende weefsel. Wanneer de betrokken mondzorgverleners zelf niet beschikken over de benodigde expertise of ervaring doen zij gedurende het zorgproces tijdig een beroep op één van de andere zorgverleners uit het mondzorgteam. De tandprotheticus pleegt bijvoorbeeld regelmatig overleg met de andere specialisten op dit gebied.

De patiënt krijgt door deze interprofessionele samenwerking de zorg en ondersteuning die hij of zij op dat moment nodig heeft. Bij interprofessionele samenwerking werken zorgprofessionals uit verschillende domeinen en/of disciplines samen aan een plan waarmee een patiënt optimale zorg en ondersteuning krijgt. Interprofessioneel samenwerken gaat daarmee een stap verder dan multidisciplinair samenwerken, waarbij professionals bij het aangaan van deze samenwerking voornamelijk vanuit hun eigen vakgebied denken en handelen. Goede samenwerking zorgt voor positieve patiëntervaringen en draagt bij aan de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de mondzorg en tandprothetiek. Tandprothetici en andere mondzorgverleners die als samenwerkingspartner in het werkveld actief zijn, kunnen op hun deskundigheidsgebied toegevoegde waarde bieden. Dit maakt het uitoefenen van het vak nog interessanter en aantrekkelijker, omdat ze in contact komen met andere disciplines en inzicht krijgen in deze vakgebieden.

Uiteraard brengt deze samenwerking tussen zorgverleners binnen en buiten de mondzorg ook nieuwe vraagstukken met zich mee. Deze hebben onder andere betrekking op volgende aspecten (ontleend aan het samenwerkingsmodel van Common Eye²⁵):

- Waar ga je als samenwerkingspartners écht voor (gedeelde ambities)?
- Welke belangen hebben jij en jouw samenwerkingspartners? In hoeverre komen deze belangen overeen?
- Hoe is de onderlinge relatie? Kunnen jullie goed met elkaar overweg?
- Welke samenwerkingsafspraken zijn er nodig (organisatie)?
- Hoe verloopt de samenwerking (proces)? Evalueren jullie de samenwerking regelmatig?



Figuur 4 Samenwerkingsmodel (Common Eye)

²⁵ <https://commoneye.nl/5-condities-voor-een-kansrijke-samenwerking/>

Het gezamenlijk met andere zorgverleners beantwoorden van deze vragen draagt bij aan de onderlinge samenwerking. In bijlage IV 'Implementatie en onderhoud van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg' worden specifieke doelgroepen en bepaalde onderdelen uit het zorgproces genoemd om de samenwerking in praktijk te brengen.

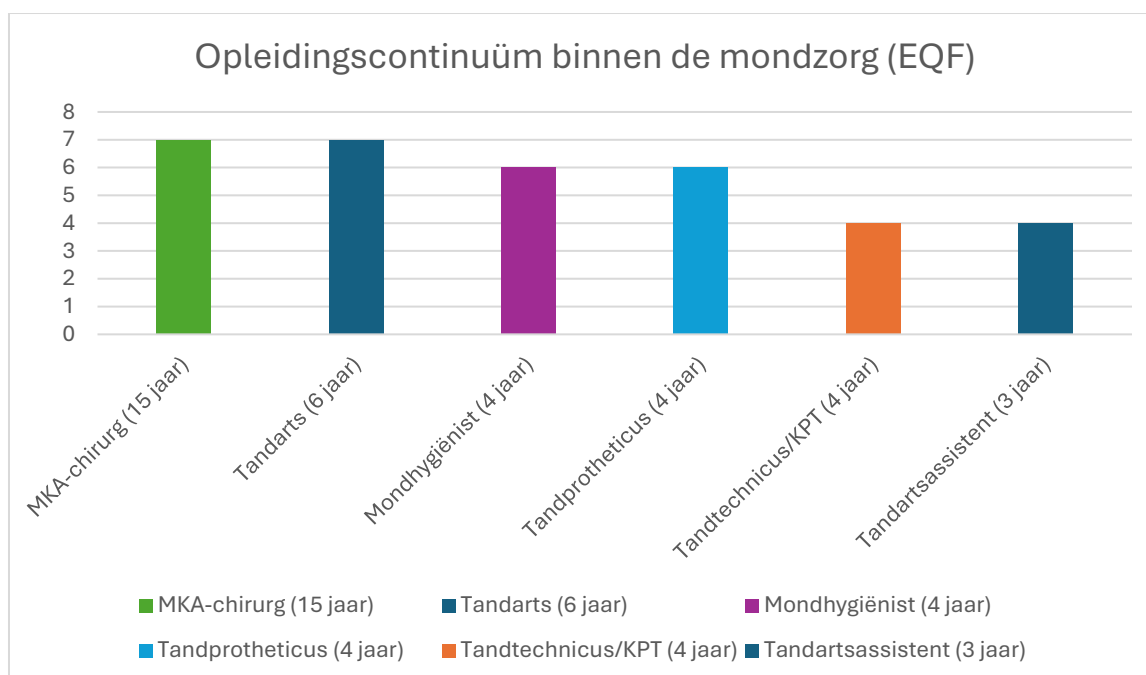
3.1 Samenwerking binnen het mondzorgteam

De verschillende mondzorgverleners die bij een patiënt betrokken zijn, werken intensief samen en stemmen het individuele mondzorgplan goed met elkaar af. Het opstellen en bijhouden van het individueel mondzorgplan is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken mondzorgverleners uit het mondzorgteam (en vormt zo de basis voor een integrale persoonsgerichte benadering). In de 'Checklist verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', afkomstig uit de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG, staan de spelregels voor onderlinge samenwerking beschreven. Deze checklist is te vinden in hoofdstuk 5.3 'Duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden'. De betrokken zorgverleners binnen het mondzorgteam geven samen invulling aan de benodigde mondzorg, waarbij iedere zorgverlener verantwoordelijkheid draagt voor het eigen onderdeel van de behandeling. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van een patiënt wordt bepaald wie in dat specifieke geval de aangewezen mondzorgverlener is om binnen het mondzorgteam het regiebehandelaarschap op zich te nemen. Bij het uitvoeren van het individuele mondzorgplan werken tandprotheticipers en andere mondzorgverleners nauw met elkaar samen. Het totale traject van aanmeten, vervaardigen en verlenen van nazorg van uitneembare prothetiek vereist vaak samenwerking tussen verschillende disciplines in de mondzorg. Bij de directe zorgverlening kunnen meerdere mondzorgverleners betrokken zijn, met name:

- de tandarts (inclusief differentiaties van tandartsen, zoals implantologen);
- de tandprotheticus;
- de MKA-chirurg;
- de mondhygiënist.

Daarnaast spelen indirect betrokkenen een rol, zoals:

- de tandtechnicus;
- de klinisch prothese technicus
- de tandartsassistent(e).



Figuur 5 Opleidingscontinuüm binnen de mondzorg (o.b.v. het European Qualifications Framework (EQF))

In het vervolg van deze paragraaf zetten we de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende spelers in het werkveld kort op een rij, zodat duidelijk wordt wat ze van elkaar mogen verwachten bij de zorgverlening aan patiënten.

Tandarts

Tandartsen mogen zelfstandig alle handelingen binnen de tandprothetiek uitvoeren. Bij een volledige conventionele gebitsprothese op een edentate kaak, laat de tandarts de tandprothetische zorg steeds vaker over aan de tandprotheticus, die zelfstandig een volledige gebitsprothese op een edentate kaak mag aanmeten en vervaardigen. Bij niet-volledige en/of implantaatgedragen gebitsprothesen is een tandarts, tandarts-implantoloog of een MKA-chirurg verantwoordelijk voor de indicatiestelling, planning en nazorg voor restdentitie en/of implantaten. Deze stelt dan, in samenspraak met de patiënt, het individuele zorg- en behandelplan op. De tandarts draagt zorg voor een correcte verwijzing (naar de tandprotheticus) van een patiënt in wiens mondholte zich gebitselementen of andere elementen (implantaten) bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese. Bij verwijzing kan de tandarts gebruik maken van het format voor verwijzingen uit de 'KNMT-praktijkrichtlijn Verwijzen' van de KNMT.²⁶ De tandarts stelt de diagnose, op basis waarvan een schriftelijk behandelingsvoorstel aan de tandprotheticus wordt voorgelegd, aangevuld met relevante informatie en aanwijzingen die van belang zijn voor de gevraagde behandeling. De tandprotheticus levert in de samenwerkingsketen zijn eigen gespecialiseerde bijdrage. Iedere betrokken partij blijft verantwoordelijk voor de eigen behandeling en (na)zorg die wordt uitgevoerd.²⁷ De tandprotheticus kan daarin samenwerken met een tandtechnicus of klinisch prothesetechnicus. Bij verwijzing door een tandarts of tandarts-implantoloog brengt de tandprotheticus schriftelijk verslag uit, bij voorkeur via een model-rapportageformulier. Als er een vervolggconsult nodig is, overlegt de tandprotheticus hierover met de tandarts of tandarts-

²⁶ KNMT-praktijkrichtlijn Verwijzen (herziening 2024)

²⁷ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG, 2022

implantoloog. Na ontvangst van de rapportage geeft de tandarts zo nodig verdere toelichting aan de patiënt en bespreekt hij het traject van nazorg. In het kader van deze nazorg richt de tandarts zich op de restdentitie en/of implantaten. De tandprotheticus is verantwoordelijk voor de periodieke controle van de uitneembare gebitsprothese. De mondhygiënist concentreert zich tijdens periodieke controles op het schoonhouden van de implantaten en de beoordeling van het omliggende weefsel.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus is specialist op het gebied van het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van gebitsprothesen. Alle werkzaamheden van de tandprotheticus zijn primair gericht op het herstel van kauwvermogen, esthetiek en fonetiek. Dit betekent dat de tandprotheticus wordt geacht functieverlies te herkennen en adequaat te behandelen. Op grond van het bestaande Opleidingsbesluit dat is gebaseerd op artikel 34 van de Wet BIG mag de tandprotheticus zelfstandig een volledige conventionele gebitsprothese aanmeten, maken en plaatsen.²⁸ Hiervoor is geen verwijzing van de tandarts nodig. Aan de hand van een (prothetische) anamnese is de tandprotheticus in staat een behandelplan op te stellen voor het gehele traject van het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van deze volledige gebitsprothese: van intakegesprek tot en met nazorg. Voor het aanmeten, maken en plaatsen van een niet-volledige en/of implantaatgedragen gebitsprothese op wortels of implantaten is wel een verwijzing van de tandarts of implantoloog nodig, zijnde een tandarts-implantoloog of MKA-chirurg. Na een verwijzing van de tandarts of implantoloog mag een tandprotheticus, in overleg met de patiënt, zelfstandig verder werken aan een dergelijke gebitsprothese. De tandprotheticus valt als zorgverlener onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz).

Richting de toekomst zal de tandprotheticus nog meer dan nu het geval is deel uitmaken van een mondzorgteam. Binnen het mondzorgteam zal de tandprotheticus steeds nadrukkelijker de samenwerking zoeken met andere mondzorgverleners. Naar verwachting zal de tandprotheticus een steeds grotere bijdrage leveren aan het signaleren van afwijkende pathologische aspecten die kunnen voorkomen als gevolg van een geheel of gedeeltelijke gebitsextractie.

MKA-chirurg (kaakchirurg)

De MKA-chirurg is de tandarts-specialist op het gebied van mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie in de tweede lijn. Voordat implantaten of gebitsprothesen kunnen worden geplaatst, zijn soms behandelingen van mond of kaak noodzakelijk die door de MKA-chirurg worden uitgevoerd (preprothetische ingrepen), zoals correcties van benige structuren en weke delen, en botvermeerdering. Daarnaast plaatst de MKA-chirurg, evenals de tandarts-implantoloog, implantaten in de kaak ter voorbereiding op de implantaatgedragen prothetiek. De MKA-chirurg is formeel ook bevoegd om tandprothetische behandelingen uit te voeren. In de praktijk wordt dit door de MKA-chirurg zelden gedaan.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist is een preventiespecialist in de mondzorg die zich richt op het voorkomen en bestrijden van tandbederf en tandvleesaandoeningen. In de nazorg bij een tandprothetische behandeling kan de tandprotheticus, tandarts of MKA-chirurg verwijzen naar een mondhygiënist. Verwijzing is niet noodzakelijk, een patiënt kan ook zelfstandig een afspraak maken. De opleiding

²⁸ Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus, te raadplegen via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008882/1997-12-01>

Mondzorgkunde, die opleidt tot mondhygiënist, is een rechtsgeldige hbo-opleiding met een eigen register.²⁹

Tandtechnicus/Klinisch prothesetechnicus (kpt-er)

Een tandtechnicus/klinisch prothesetechnicus (kpt-er) maakt tandtechnische werkstukken (zoals kunstgebitten en kroon- en brugwerk) meestal in opdracht van onder meer een tandprotheticus of tandarts. In sommige gevallen meet de tandtechnicus/klinisch prothesetechnicus ook kunstgebitten aan. Dit kan alleen als de betreffende tandtechnicus/kpt-er hiertoe bekwaam is en ook uitsluitend in opdracht van een tandarts of tandprotheticus, die tevens verantwoordelijk is voor het behandelplan en de nacontrole. Op dit moment zijn de opleidingseisen van de cursussen voor tandtechnici/klinisch prothesetechnici voor zover deze betrekking hebben op het aanmeten van gebitsprothese niet onafhankelijk vastgesteld. De tandtechnicus en kpt-er zijn geen zelfstandige schakels in de tandprothetische zorg.

Tandartsassistent

De tandartsassistent is vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten en draagt bij aan het goed laten verlopen van de gang van zaken van de dagelijkse praktijk. De assistent ondersteunt de tandarts tijdens behandelingen, ontvangt patiënten, plant afspraken en verricht administratieve werkzaamheden. Daarnaast is de tandartsassistent verantwoordelijk voor het klaarmaken en opruimen van behandelkamers en het reinigen van instrumenten. Andere handelingen die de assistent kan uitvoeren zijn het nemen van gebitsafdrukken, het geven van voorlichting over mondhygiëne, het registreren van behandelgegevens en het maken van röntgenfoto's (in opdracht en onder toezicht van de tandarts).

Casus C: Henk

Henk is een 47-jarige Hagenaar die al 30 jaar met passie op de markt staat met zijn notenkraam. Samen met zijn gezin, waaronder zijn dochter en schoonzoon, runt hij de familiezaak. Zijn dagen zijn altijd druk en gevuld met harde werkuren.

Medisch gezien valt Henk onder ASA-classificatie 2. Hij heeft een BMI van 29 en gebruikt medicatie voor zijn diabetes type 2 (metformine) en hoge bloeddruk (atenolol). In de bovenkaak is hij al ruim tien jaar volledig edentaat. Een deel van zijn gebit verloor hij als tiener na een ongeluk met zijn crossmotor. In de onderkaak zijn de elementen 34 tot en met 45 nog aanwezig.

Zijn huidige bovenprothese, de vierde op rij, is vervaardigd door tandprotheticus Freek. Ondanks meerdere aanpassingen zit de gebitsprothese steeds losser en breekt hij regelmatig, wat Henk tot grote frustratie drijft. In de onderkaak heeft hij geen voorziening. Ooit is er een kunsthars partiële gebitsprothese gemaakt, maar na een week proberen heeft hij die nooit meer gedragen.

Op zoek naar een blijvende oplossing bezoekt Henk opnieuw Freek. Hij heeft gehoord dat implantaten een goed alternatief kunnen zijn om zijn bovenprothese beter te laten functioneren. Hij wil graag weten of dit voor hem mogelijk is en geeft aan dat geld geen belemmering vormt.

Behandelroute en overwegingen

²⁹ <https://www.kieskrm.nl/>

Wanneer Henk opnieuw aanklopt bij tandprotheticus Freek met de vraag of implantaten een oplossing kunnen zijn voor zijn loszittende en vaak brekende bovenprothese, is een zorgvuldige beoordeling noodzakelijk. Zijn casus vraagt om een interprofessionele benadering, waarbij meerdere zorgverleners betrokken kunnen zijn.

De eerste stap is een grondige evaluatie van de bovenkaak, onder andere aan de hand van röntgenfoto's. Dit helpt om te bepalen of de kaak nog voldoende botvolume heeft voor implantaten en of er onderliggende problemen spelen, zoals resorptie van de kaak, ontstekingen of andere pathologie. Daarnaast is het belangrijk om te achterhalen waarom zijn gebitsprothese telkens kapot gaat. Mogelijk heeft Henk een onderliggende gewoonte zoals klemmen of knarsen, wat extra belasting op de gebitsprothese legt.

Als er tijdens het onderzoek naar de kaakgezondheid aanwijzingen zijn voor ontstekingen of problemen met het tandvlees, wordt Henk doorverwezen naar de mondhygiënist voor verdere behandeling. Indien de resterende tanden in de onderkaak los zitten of tekenen van ernstige slijtage vertonen, is een consult bij de tandarts noodzakelijk.

Behandelopties:

1. *Geen ingreep: Als Henk geen verdere problemen ondervindt en een nieuwe conventionele gebitsprothese nog steeds voldoet, kan ervoor gekozen worden geen verdere stappen te ondernemen.*
2. *Verbeteren van de huidige situatie: Een alternatief kan zijn om een goed passend frame te maken als de onderkaak dit toelaat en niet te veel geslonken is.*
3. *Implantaatgedragen gebitsprothese: Als uit het onderzoek blijkt dat implantaten een geschikte oplossing zijn, kan een verwijzing naar de tandarts-implantoloog of MKA-chirurg volgen voor verdere beoordeling en planning.*

Door deze zorgroute te volgen, wordt niet alleen gekeken naar de directe klacht (de loszittende gebitsprothese), maar wordt ook breder onderzocht welke onderliggende factoren een rol spelen. Dit draagt bij aan een duurzame en goed onderbouwde oplossing voor Henk.

Deze casus onderstreept het belang van een brede diagnostische benadering voordat tot een behandeling wordt overgegaan. Een goed afgestemde samenwerking tussen de tandprotheticus, tandarts, mondhygiënist en eventueel een implantoloog is hierbij essentieel.

3.2 Verbinding met huisartsenzorg en de bredere eerstelijnszorg

Een goede mondverzorging is essentieel om verdere gezondheidsproblemen te voorkomen. Aandacht voor preventie, goede mondhygiëne en mondverzorging passen bij de beweging van Ziekte&Zorg (ZZ) naar Gezondheid&Gedrag (GG) en biedt ook de kans om de gezondheid van de mond te controleren. Kennis en bewustwording bij zorgverleners buiten de mondzorg (waaronder huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen) blijft niettemin belangrijk voor een goede mondgezondheid. Lokale samenwerking tussen de betrokken zorgverleners en de patiënt is hierbij cruciaal. Als er mogelijke problemen wordenesignaleerd, kan bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige de cliënt doorverwijzen naar een mondzorgverlener uit het mondzorgteam. Om de samenwerking te bevorderen is het belangrijk dat zorgverleners uit het mondzorgteam en andere zorgverleners rond de patiënt elkaar goed en makkelijk weten te vinden. Andere eerstelijns zorgverleners kunnen een beroep doen op de regiefunctie van het mondzorgteam. Ze zouden 'hun' patiënten op een eenvoudige wijze moeten kunnen toeleiden naar het mondzorgteam. In het vertrouwen dat het regiebehandelaarschap binnen het mondzorgteam wordt opgepakt door de meest aangewezen mondzorgverlener passend bij de individuele situatie van een patiënt.

Vanwege de relatie tussen de mondgezondheid en de algehele gezondheid verdient de verbinding met de huisartsenzorg extra aandacht. Het gaat hierbij onder meer om de zorg voor mensen met chronische aandoeningen (bijvoorbeeld via de praktijkondersteuners voor diabetes of hart- en vaatziekten), als ook om minder ingrijpende klachten die verband kunnen houden met het dragen van een gebitsprothese (bijvoorbeeld gevoelige mondhoeken als gevolg van een versleten kunstgebit). Meer bekendheid van de tandprotheticus bij huisartsen, praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en paramedici (o.a. fysiotherapeuten, diëtisten en logopedisten) kan helpen bij een tijdige toeleiding over en weer en zorgt ervoor dat een patiënt eerder de juiste zorg krijgt. Als gevolg van een chronische aandoening (o.a. CVA of Parkinson) kunnen mensen bijvoorbeeld problemen ervaren met spreken of slikken. Logopedisten en andere paramedici kunnen ondersteuning en training bieden om hen beter te leren spreken en/of slikken. Voor mensen met een chronische aandoening en een kunstgebit is het belangrijk dat tandprotheticus, logopedisten en andere paramedici (denk daarbij ook aan diëtisten en fysiotherapeuten) samen optrekken om met een optimaal functionerende gebitsprothese een succesvolle revalidatie te bevorderen.

Met het stijgen van de leeftijd komen er steeds meer lichamelijke, sociale, cognitieve en/of psychische klachten, waardoor het soms lastiger wordt om de dagelijkse (mond)verzorging uit te voeren en (periodiek) naar de mondzorgverlener te gaan. Daarentegen wordt er steeds vaker een beroep gedaan op andere eerstelijns zorgverleners (o.a. thuiszorg en huisartsenzorg). In deze levensfase is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de mondgezondheid van de oudere op peil wordt gehouden en dat de oudere in beeld blijft bij de mondzorgverleners. Vooral als de oudere zich niet meer uit zichzelf meldt bij de praktijk, vraagt dat van de mondzorgverlener een proactieve rol om ervoor te zorgen dat de oudere, ondanks alle beperkingen, toch kan blijven komen of dat de mondzorgverlener bij de oudere thuis langs gaat. Daarnaast vervullen mondzorgverleners een rol bij de signalering van mogelijke gezondheidsproblemen als gevolg van een slechte mondgezondheid. Andersom is het belangrijk dat de eerstelijns zorgverleners (huisarts, wijkverpleegkundige, specialist-ouderengeneeskunde) die regelmatig contact hebben met de oudere eventuele problemen met de mondgezondheid signaleren en zo nodig kunnen verwijzen naar een (gespecialiseerde) mondzorgverlener. Om de thuiswonende kwetsbare oudere met mondproblemen tijdig en adequaat te helpen speelt de samenwerking tussen alle bij de oudere betrokken zorgverleners in de eerste lijn een cruciale rol. Door het signaleren van (mondzorg)problemen kunnen ze een waardevolle bijdrage leveren aan zorg voor kwetsbare ouderen.

Casus D: Elly

Elly is een 62-jarige vrouw uit de Betuwe. De algemene gezondheid van Elly is goed (ASA 1); ze gebruikt geen medicatie en heeft het roken bijna volledig afgebouwd. Ze werkt nog parttime in een verpleeghuis in Gorinchem, terwijl haar man onlangs met pensioen is gegaan.

In de bovenkaak draagt Elly al jarenlang een partiële gebitsprothese, met behoud van de elementen 13 tot en met 22. Haar onderkaak is vrijwel volledig betand. Vooral in de bovenkaak heeft ze al langere tijd last van parodontale problemen. Haar tandarts is bijna tien jaar geleden met pensioen gegaan en Elly heeft de opvolger nooit bezocht.

Nu overweegt Elly een volledige gebitsprothese voor de bovenkaak. Tegelijkertijd maakt ze zich zorgen over een vreemde blaas op haar tandvlees linksboven. In plaats van naar de tandarts te gaan, besluit ze eerst haar huisarts, Eric, om advies te vragen. Wat kan Eric het beste adviseren?

Behandelroute en overwegingen

Huisarts Eric kan Elly het beste doorverwijzen naar het mondzorgteam in de regio voor een uitgebreide beoordeling van haar mondgezondheid. De tandarts uit het mondzorgteam kan onder meer haar blaas bekijken en zo nodig een mondhygiënist en tandprotheticus inschakelen om respectievelijk de parodontale problemen en haar gebitsprothese te laten beoordelen. Mocht het nodig zijn dan kan Elly vanuit het mondzorgteam worden doorverwezen naar een kaakchirurg voor verdere behandeling.

Deze casus benadrukt het belang van samenwerking tussen huisarts en mondzorgverleners, waarbij een goede doorverwijzing naar de juiste zorgverlener essentieel is. Een goede samenwerking binnen het mondzorgteam kan ervoor zorgen dat Elly niet alleen een oplossing krijgt voor haar mondgezondheid, maar ook voor de langetermijngezondheid van haar gebit.

3.3 Verbinding met de tweedelijnszorg

Net als in de rest van de zorg verdient de verbinding met de tweedelijnszorg in de mondzorg en binnen de tandprothetiek extra aandacht. Met de patiënt als vertrekpunt staat de best passende zorg afgestemd op de persoonlijke situatie centraal. Juist in complexe situaties is een goede samenwerking met de medisch specialistische zorg noodzakelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten waarbij een verdenking bestaat op bepaalde pathologieën in de (tandeloze) mond, zoals bijvoorbeeld maligniteiten. In dergelijke situaties is het belangrijk dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek terecht komt, zodat een goede diagnose kan worden gesteld en de aangewezen behandeling kan worden ingezet of ongerustheid kan worden weggenomen. Vanuit de regiefunctie van het mondzorgteam wordt een patiënt in dergelijke situaties door de aangewezen mondzorgverlener toegeleid naar de MKA-chirurg die de mondgezondheidssituatie beoordeelt. Binnen een goed functionerend mondzorgteam verloopt deze toeleiding in samenspraak tussen de betrokken mondzorgverleners, waarbij ook wordt gezorgd voor een adequate en tijdige terugkoppeling.

Als een edentate patiënt geen ‘vaste tandarts’ meer heeft, kan ook een tandprotheticus zorgen voor de toeleiding naar een MKA-chirurg. De tandprotheticus is daartoe opgeleid met oog voor de contextuele situatie, waarin samenwerking met andere beroepsgroepen een belangrijke plaats inneemt. Dit resulteert in een brede blik waardoor een tandprotheticus verder kijkt dan het eigen vakgebied en zo nodig tijdig andere zorgprofessionals kan inschakelen. Als onderdeel van het mondzorgteam levert de tandprotheticus daarmee een waardevolle bijdrage aan het herkennen van afwijkende pathologische aspecten in het algemeen, alsmede afwijkingen die kunnen voortkomen uit geheel of gedeeltelijke gebitsextracties.

Een goede samenwerkingsrelatie tussen zorgverleners is cruciaal voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Door tijdig de juiste zorg op de juiste plek te bieden, kunnen patiënten optimaal worden geholpen en kan ongerustheid en verdere schade bij specifieke patiëntgroepen worden voorkomen.

3.4 Mondzorg en tandprothetische zorg in het verpleeghuis en aan huis

Mondzorg en tandprothetische zorg in het verpleeghuis

Juist omdat de bewoners van verpleeghuizen veel baat kunnen hebben bij goede mondzorg/tandprothetische zorg en vaak veel waarde hechten aan het voortzetten van bestaande behandelrelaties verdienen tandprotheticici en andere mondzorgverleners ook een plek in verpleeghuizen. De volgende aspecten maken de inzet van vaste tandprotheticici en andere mondzorgverleners voor een verpleeghuis extra aantrekkelijk:

- voortzetten van bestaande behandelrelaties;
- het waarborgen van continuïteit;
- de binding met de regio;
- korte lijnen tussen (mond)zorgverleners, zodat snel kan worden geschakeld;
- en het bieden van kwaliteitsgaranties.

Het leveren van goede mondverzorging in verpleeghuizen begint bij een duidelijke en goed georganiseerde aanpak. De Stichting Kwaliteitimpuls Langdurige Zorg (SKILZ) biedt in de richtlijn Mondverzorging concrete adviezen voor de organisatie van mondzorg.³⁰ Deze adviezen zijn onderverdeeld in vier thema's: samenwerking en verantwoordelijkheden, communicatie, scholing en deskundigheid en financiering.

1. Samenwerking en verantwoordelijkheden

Mondverzorging is een essentiële zorgtaak waarvoor alle zorgverleners verantwoordelijk zijn. Een aandachtsvelder mondverzorging kan ondersteuning bieden bij coördinatie en informatievoorziening. Idealiter beoordeelt een tandarts of mondhygiënist de mondgezondheid vóór het opstellen van het zorgleefplan, ook als dit niet via de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt gefinancierd. Zorgorganisaties moeten samenwerken met tandartsen, mondhygiënist en tandprotheticen die bij voorkeur aantoonbare affiniteit hebben met de langdurige zorg.

2. Communicatie

Mondzorg moet integraal onderdeel zijn van het zorgleefplan. Afstemming, overdracht en monitoring tussen zorgverleners en mondzorgprofessionals zijn cruciaal, ook tijdens avonden en weekenden. Zelfstandige mondzorgprofessionals moeten toegang hebben tot relevante medische gegevens, medicatieoverzichten en de mogelijkheid hebben om bevindingen vast te leggen in het dossier.

3. Scholing en deskundigheid

Zorgverleners moeten jaarlijks worden geschoold in mondverzorging en nieuwe medewerkers moeten dit tijdens hun inwerkperiode leren. Door mondverzorging structureel in het kwaliteitssysteem op te nemen, blijft dit een prioriteit en wordt regelmatige scholing gewaarborgd.

4. Financiering

Hoewel de financiering van zelfstandige mondzorgprofessionals complex is en kan verschillen per organisatie, mag dit geen reden zijn om noodzakelijke zorg uit te stellen. Zorgverleners moeten op de hoogte zijn van de financieringsmogelijkheden en hulp zoeken bij knelpunten om goede zorg te blijven garanderen.

Samen met de andere partijen uit de Mondzorgalliantie (KNMT en NVM-mondhygiënist) spant de ONT zich in om de positie van individuele mondzorgverleners waaronder die van de tandprotheticus in verpleeghuizen te versterken.

Casus E: Mevrouw Verhoeven

³⁰ Richtlijn Mondverzorging, Stichting Kwaliteitimpuls Langdurige Zorg 2023.
https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/uploads/pdf/project/project_5cb47cc5-3863-4b01-89f5-1c48af0d2624_mondverzorging__authorized-at_30-11-2023.pdf

Achtergrond

Mevrouw Verhoeven is een 78-jarige vrouw met gevorderde Alzheimer-dementie (MMSE-score: 12/30). Sinds zes maanden verblijft zij in een verpleeghuis, waar haar dochter, mevrouw Jansen, als wettelijk vertegenwoordiger optreedt en medische beslissingen neemt in samenspraak met het zorgteam.

Mondzorggeschiedenis (voor zover bekend)

Volgens het tandartsdossier draagt mevrouw Verhoeven sinds 2012 een volledige gebitsprothese voor de boven- en onderkaak. Haar dochter bevestigt dat de gebitsprothese sindsdien nooit is vervangen, maar dat deze in het verleden wel goed werd onderhouden. Sinds de opname in het verpleeghuis is er nauwelijks controle door een tandarts geweest, mede vanwege de beperkte samenwerking.

Actuele problemen

In de afgelopen drie maanden is mevrouw Verhoeven vijf kilo afgevallen; haar huidige BMI is 19. De diëtist constateert dat er sprake is van een verminderde voedselinname, mogelijk als gevolg van pijn bij het eten. De onderprothese blijkt los te zitten, waarschijnlijk als gevolg van botresorptie, en er zijn rode plekken zichtbaar op het tandvlees die mogelijk wijzen op candida. Er is sprake van diverse pijnsignalen zoals: kwijlen, grimassen tijdens het eten en afwerend gedrag bij aanraking van de mond. Daarnaast signaleert de verpleging toenemend afwerend gedrag zoals het stijf dichtknijpen van de mond en het wegdraaien van het hoofd bij mondverzorging.

Behandelroute en overwegingen

Diagnostiek

Het (mond)zorgteam, bestaande uit een tandarts-geriatrie en een verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde, voert een uitgebreide pijnobservatie uit. Hoewel er geen actieve ontstekingen zichtbaar zijn, worden er drukplekken onder de gebitsprothese vastgesteld. De kiezen vertonen slijtage, en de onderprothese is te ruim. Er wordt een bloedonderzoek uitgevoerd vanwege het gewichtsverlies van mevrouw Verhoeven. Er is geen sprake van deficiënties, maar het onderzoek wijst wel op milde dehydratie.

Behandelplan

Korte termijn (0–4 weken):

- **Pijnmanagement:** Toediening van paracetamol, 30 minuten vóór de mondverzorging.
- **Mondhygiëne:** Tweemaal daags poetsen van het kunstgebit met een zachte borstel, uitgevoerd door vertrouwde zorgverleners op een rustig moment van de dag.
- **Dieetadvies:** Overgang naar een zachte, calorierijke voeding, aangevuld met proteïneshakes.

Lange termijn (>4 weken):

- **Verwijzing naar tandprotheticus:**
 - Optie 1: Aanpassing van de huidige onderprothese met een soft tissue conditioner.
 - Optie 2: Aanmeten van een nieuwe bovenprothese, indien de situatie dit toelaat in verband met de dementie en beperkte coöperatie van mevrouw Verhoeven.

Bij de gezamenlijke besluitvorming geeft de dochter van mevrouw Verhoeven aan dat zij een nieuw aanmeetproces niet wenselijk vindt, gezien het afwerende gedrag van haar moeder: “Als moeder er nú al moeite mee heeft, wil ik haar geen stressvolle behandeling opleggen.”

- **Alternatief plan:** Indien het aanmeten van een nieuwe gebitsprothese niet haalbaar is, wordt gekozen voor een focus op pijnvrij eten. Indien nodig wordt het dieet verder aangepast naar vloeibare voeding.

Evaluatiecriteria:

- *Binnen 2 weken: Minder pijnuitingen en stabilisatie van het gewicht.*
- *Binnen 6 weken: Verbetering van de mondhygiëne (vermindering roodheid, geen tekenen van candida).*
- *Bij blijvend afwerend gedrag: Opstellen van een palliatief mondzorgplan, gericht op comfort in plaats van functionaliteit van de gebitsprothese.*

Deze casus laat zien hoe belangrijk het is om bij kwetsbare ouderen met dementie mondzorg integraal te benaderen. Hierbij staat de betrokkenheid van de familie en de samenwerking tussen mondzorgverleners en andere zorgverleners centraal. Wanneer volledige behandelingen niet meer mogelijk zijn, blijft het verbeteren van comfort en kwaliteit van leven het uitgangspunt.

Mondzorg en tandprothetische zorg aan huis

Het is van groot belang om voldoende aandacht te schenken aan de mondgezondheid van (thuiswonende) kwetsbare ouderen. Helaas blijkt uit de praktijk dat er vaak juist minder aandacht is voor de mondgezondheid, zowel van de kant van familieleden en mantelzorgers als van zorgverleners. Dit komt vaak doordat men zich onvoldoende bewust is van het belang van een gezonde mond, of bij zorgverleners doordat er sprake is van handelingsverlegenheid bij het verzorgen van de mond van de oudere patiënt.

Om dit bewustzijn te vergroten, heeft Stichting De Mond Niet Vergeten! (DMNV!) een informatiecampagne uitgevoerd die specifiek gericht was op het belang van mondgezondheid voor deze kwetsbare groep ouderen. Deze campagne had als doel om zowel zorgverleners als familie en mantelzorgers bewust te maken van de noodzaak van goede mondzorg en de positieve impact die dit heeft op het algehele welzijn van ouderen. Hoewel de campagne inmiddels is afgerond, blijft het doel van de stichting om de mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen te verbeteren onverminderd belangrijk. Hiervoor is ook een speciale informatiecampagne ontwikkeld voor anderstaligen, die te vinden is op <https://mondzorg.steffie.nl/>. Het vergroten van het bewustzijn en het bieden van praktische handvatten kan bijdragen aan een betere mondgezondheid en daarmee aan een hogere kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen.

ORANGE-FORCE zet zich ook in voor het vergroten van het bewustzijn rondom mondzorg bij ouderen, onder andere door middel van onderzoek gericht op tandprothetische zorg bij kwetsbare ouderen in relatie tot kwaliteit van leven en interprofessionele samenwerking. Een concreet voorbeeld hiervan is de 'Practical Guideline Interprofessional Oral Healthcare', die op dit moment nog in ontwikkeling is.

Familie en mantelzorgers

De familie en mantelzorgers spelen een cruciale rol in de zorg voor patiënten, met name voor kwetsbare ouderen die een verminderde zelfredzaamheid hebben. De dentitie van deze ouderen is vaak fragiel, en de behandelmogelijkheden zijn meestal beperkt. Bovendien komt het voor dat oudere patiënten zelf besluiten om af te zien van behandelingen, ook wanneer tandheelkundig herstel onder handbereik ligt. Dit heeft onder meer te maken met andere aandoeningen die meer op de voorgrond liggen. Het is essentieel om dit in gedachten te houden bij het plannen van zorg en behandeling.

Een belangrijke taak van familieleden en mantelzorgers is het onderhouden van goed contact met de mondzorgverlener over de mondgezondheid van de patiënt. Dit omvat zowel het informeren van de zorgverlener over de situatie van de patiënt als het monitoren van veranderingen in de

mondgezondheid. Daarnaast kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren door de patiënt te motiveren en ondersteunen in het belang van dagelijkse mondverzorging. Veel ouderen willen graag hun vertrouwde mondverzorgingsroutines zo lang mogelijk voortzetten, en familieleden kunnen hierin een ondersteunende rol spelen. Door deze aanpak kunnen ouderen langer de regie over hun eigen mondgezondheid behouden binnen het verpleeghuis en/of in de thuissituatie.

3.5 Samenwerking met het sociaal domein

In het sociaal domein, waarin welzijns- en maatschappelijke organisaties een belangrijke plaats innemen, vervult de tandprotheticus een waardevolle rol. De patiëntenpopulatie van een tandprotheticus bestaat vaak uit mensen met een lager inkomen, voor wie gezondheidszorg, inclusief mondzorg, niet altijd gemakkelijk betaalbaar is. Om deze mensen te ondersteunen, spelen specifieke initiatieven en samenwerkingsverbanden een cruciale rol in het toegankelijk maken van tandprothetische zorg.

Een voorbeeld hiervan is de gemeentepolis, een speciale zorgverzekering die door gemeenten wordt aangeboden aan inwoners met een beperkt budget. Deze verzekering biedt vaak gunstige voorwaarden voor zorgkosten die normaal gesproken een aanzienlijke financiële last vormen. Voor tandprothetische zorg betekent dit dat de gebruikelijke 25% eigen bijdrage voor een kunstgebit, die doorgaans door de patiënt zelf betaald moet worden, via de gemeentepolis volledig wordt vergoed door de verzekeraar. Dit verlaagt de financiële drempel voor mensen met een lager inkomen en vergroot de toegankelijkheid van deze zorg.

Daarnaast zijn er initiatieven gericht op specifieke kwetsbare groepen, zoals dak- en thuislozen. Deze groep neemt in Nederland in omvang toe en ondervindt vaak aanzienlijke moeilijkheden bij het bekostigen van basiszorg en mondzorg. Organisaties zoals Stichting Dental Care for the Homeless People spelen hierop in door tandheelkundige zorg en mondzorg te faciliteren en te financieren voor dak- en thuislozen. Ook tandprothetische zorg maakt deel uit van dit aanbod, waardoor mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats toegang krijgen tot behandelingen die anders onbereikbaar zouden zijn.

De samenwerking tussen tandprotheticici, welzijnsorganisaties, en maatschappelijke initiatieven in het sociaal domein draagt bij aan een betere mondgezondheid voor kwetsbare groepen, een verhoogde sociale participatie en een betere algehele gezondheid en kwaliteit van leven. Door deze geïntegreerde aanpak kunnen ook degenen die buiten de reguliere zorg dreigen te vallen, worden bereikt en geholpen.

Casus F: Mark

Mark is een 32-jarige man uit Apeldoorn met een complexe medische en sociale voorgeschiedenis. Hij heeft COPD en gebruikt daarvoor een puffer. Daarnaast staat hij onder methadonbehandeling. Financieel staat hij onder bewind, waardoor hij geen eigen vermogen heeft om onverwachte zorgkosten te dekken. Op tandheelkundig gebied kampt Mark met ernstige problemen. Hij draagt al tien jaar een noodprothese in de bovenkaak, maar heeft deze de afgelopen twee jaar niet meer gebruikt. In de onderkaak heeft hij nog zes elementen (33 t/m 43), die in zeer slechte staat verkeren. Hij wenst een volledige boven- en onderprothese, maar ervaart belemmeringen bij het verkrijgen van de benodigde zorg.

Mark is zeer angstig voor de tandarts en is niet langer welkom bij zijn vorige tandarts vanwege een gewelddadig incident in het verleden. Tijdens het consult bij de tandprotheticus wordt geprobeerd contact te leggen met de tandarts om de situatie te bespreken en een nieuwe kans op een consult te creëren. Dit wordt echter afgewezen.

Mark wordt geadviseerd om een andere tandarts te benaderen, maar hij kan de kosten van een consult en eventuele vervolgbehandelingen niet dragen. In een poging om een oplossing te vinden, benadert hij zijn huisarts met de vraag om een verwijzing naar de kaakchirurg. De huisarts geeft echter aan dat verwijzingen naar de kaakchirurg onder de verantwoordelijkheid van een tandarts vallen en niet binnen zijn expertise vallen.

Er ontstaat een moeilijke situatie voor Mark; hij heeft dringend tandheelkundige zorg nodig, maar kan geen verwijzing krijgen en heeft onvoldoende financiële middelen om zelfstandig een tandarts te benaderen. Dit leidt tot onzekerheid en frustratie.

De tandprotheticus heeft geen bevoegdheid om een verwijzing naar de kaakchirurg te maken en kan Mark op dit moment niet verder helpen. Mogelijke vervolgstappen kunnen zijn:

1. Contact met een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

- Deze centra zijn gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met angst, gedragsproblematiek en medische complicaties.
- Een huisarts kan in sommige gevallen wél verwijzen naar een CBT, wat een alternatieve route kan zijn.

2. Sociale hulpverlening en bewindvoering inschakelen

- Mark's bewindvoerder kan mogelijk ondersteunen bij het vinden van financiële regelingen of hulp via de gemeente.
- Bijzondere bijstand of een zorgvergoeding via de gemeente kan een optie zijn.

3. Overleg met een andere tandarts die ervaring heeft met angstpatiënten

- Wellicht is er een tandarts bereid om Mark, ondanks zijn verleden, in behandeling te nemen met extra voorzorgsmaatregelen.

Mark bevindt zich in een kwetsbare positie waarin zijn mondgezondheid en algehele welzijn onder druk staan. Door samen te werken met verschillende zorgverleners en instanties moet gezocht worden naar een haalbare oplossing. Een multidisciplinaire aanpak, waarbij de huisarts, bewindvoerder en mogelijk een CBT worden betrokken, lijkt de meest kansrijke weg om Mark de zorg te bieden die hij nodig heeft.

4. Opleiding en kwaliteit in de tandprothetiek

De kwaliteit van zorg staat of valt met de deskundigheid van zorgverleners. Een erkende en geaccrediteerde beroepsopleiding vormt de basis voor het ontwikkelen van deze deskundigheid. Het wettelijke kader voor het deskundigheidsgebied is vastgelegd in een opleidingsbesluit. Na het behalen van het diploma is het essentieel dat de deskundigheid van zorgverleners behouden blijft en wordt doorontwikkeld. In de deelhoofdstukken 4.1 en 4.2 wordt nader ingegaan op de opleiding en de bevordering van deskundigheid.

Bij de nieuwe insteek voor de herziening van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg, gericht op persoonsgerichte en samenhangende (mond)zorg, past ook een andere benadering van het kwaliteitsbeleid in de tandprothetische zorg. Het nieuwe kwaliteitsdenken van de Kwaliteitsraad (onderdeel van het Zorginstituut Nederland) biedt hiervoor inspiratie.

Het nieuwe kwaliteitsdenken van de Kwaliteitsraad³¹ gaat uit van ‘Goede Zorg’. Goede zorg houdt verband met het ‘goede leven’, gedefinieerd vanuit het perspectief van de patiënt. Volgens de Kwaliteitsraad zou goede zorg moeten aansluiten op drie principes die voor veel mensen belangrijk zijn bij het leiden van een goed leven: autonomie, in verbinding staan met anderen en betekenisvol bezig zijn. Goede zorg is daarmee afhankelijk van waarden en normen van betrokkenen over wat zij als een goed leven zien. Goed leven vraagt een voortdurende afweging van persoonlijke, professionele en maatschappelijke waarden. Het gesprek hierover staat centraal. In de eerste plaats natuurlijk op het niveau van patiënt en zorgverlener (o.a. via samen beslissen); als ook op het niveau van organisaties en op het niveau van de samenleving als geheel, zowel regionaal als landelijk. Voor het goede gesprek met alle betrokkenen is het van belang dat de relevante mensen aan tafel zitten, dat het gesprek over persoonlijke en maatschappelijke waarden wordt gevoerd, dat informatie voor iedereen beschikbaar is en dat de juiste kennisbronnen worden gebruikt. Het onderlinge gesprek tussen alle betrokkenen zou zich vooral moeten richten op samen leren en verbeteren.

Ook de *context* waarin zorg wordt geleverd is bepalend voor wat we samen verstaan onder goede zorg. Wat we goede zorg vinden is voortdurend aan verandering onderhevig. De huidige omstandigheden met een toenemende zorgvraag, personeelstekorten en hoge werkdruk vragen om ‘*passende zorg*’, waarbij het vooral draait om tijdigheid, veiligheid en beschikbaarheid van zorg. Volgens de principes van het nieuwe kwaliteitsdenken kan op een *lerende manier* worden gewerkt aan de belangrijkste processen op het gebied van tijdige, veilige en beschikbare (mond)zorg. Het nieuwe kwaliteitsdenken biedt mogelijkheden om de voortgang te monitoren en op basis daarvan samen met andere betrokkenen te *leren en te verbeteren*. Op die manier kunnen tandprothetici en andere zorgverleners binnen en buiten de mondzorg zich aanpassen aan de veranderende omstandigheden en de context waarin ze functioneren. Hiermee leggen we een basis voor een passend kwaliteitsbeleid voor de tandprothetiek, waarin alle aspecten die bijdragen aan goede en betrouwbare kwaliteit hun plek hebben.

Dit alles vraagt om bestaande en nieuwe kwaliteitsinstrumenten die in dit hoofdstuk aan de orde komen. Kwaliteitsstandaarden blijven daarbij nuttig. Ze staan vooral ten dienste van het samen leren

³¹ Samen leren en verbeteren. Visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg, Zorginstituut Nederland 2019. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/10/01/visie-van-de-kwaliteitsraad-op-kwaliteit-van-zorg>

en verbeteren en zullen meer ruimte moeten laten voor keuzes die aansluiten bij de persoonlijke context van patiënten. Ook indicatoren blijven belangrijk en moeten vooral gebruikt worden als brandstof voor het samen leren en verbeteren, in plaats van als middel om op af te rekenen. Dit komt tegemoet aan het vertrouwen in de zorgprofessional en zijn of haar intrinsieke motivatie als belangrijk vertrekpunt.

4.1 Opleiding en competenties van de tandprotheticus

De opleiding en competenties van zorgverleners bieden een goede basis voor het leveren van kwaliteit. De tandprotheticus beschikt over een brede deskundigheid als mondzorgverlener. De specialistische kennis en kunde op het vlak van tandtechniek heeft hij ontwikkeld in een NVAO-geaccrediteerde beroepsopleiding. Een vierjarige HBO-erkende opleiding (op niveau 6) bereidt de tandprotheticus voor om op een verantwoorde manier zijn vak uit te oefenen. De kern van het vak richt zich op het snijvlak van de tandprotheticus in zijn rol als zorgverlener en technicus: *‘de ontwikkelaar van behandelingen op maat’*.³²

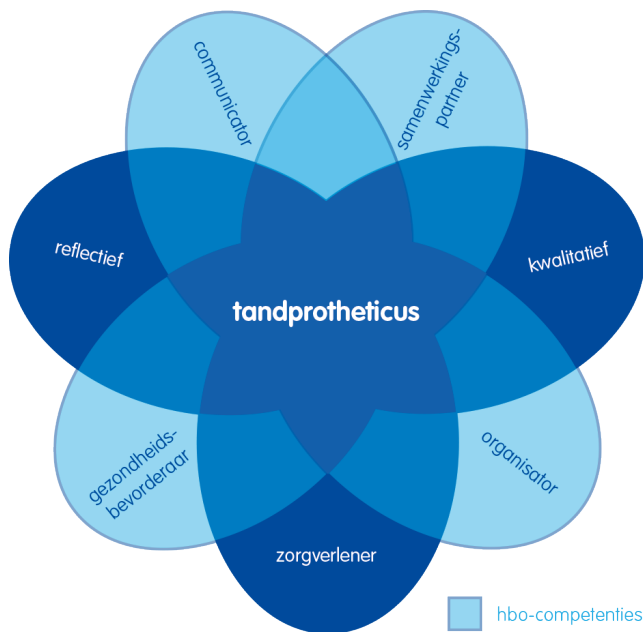
Het profiel voor deze opleiding is mede gebaseerd op de CanMEDS rollen van de Canadian Medical Education Directions for Specialists.³³ Deze zes complementaire rollen (zie afbeelding)³⁴ stellen de tandprotheticus in staat om optimaal te functioneren binnen een team en zijn (werk)omgeving:

- De tandprotheticus als reflectieve professional: kritische denker en gretige onderzoeker.
- De tandprotheticus als professional en kwaliteitsbevorderaar: strenge monitor van eigen handelen.
- De tandprotheticus als communicator: empathische, effectieve en moderne communicator.
- De tandprotheticus als samenwerkingspartner: constructieve en kritische partner.
- De tandprotheticus als gezondheidsbevorderaar: betrokken behandelaar die preventie en brede gedagsbeïnvloeding belangrijk vindt.
- De tandprotheticus als organisator: creatieve, efficiënte organisator en ondernemer.

³² Beroepsprofiel tandprotheticus, ONT, 2018

³³ <http://canmeds.royalcollege.ca/en/framework>

³⁴ Deze rollen staan beschreven in het Beroepsprofiel Tandprotheticus, ONT, 2018)



Figuur 6 Beroepscompetentieprofiel tandprotheticus

Volgens het bovengenoemde beroepsprofiel is de tandprotheticus in staat gebruik te maken van wetenschappelijke inzichten en deze toe te passen in zijn beroepsuitoefening, van diagnose tot nazorg. De tandprotheticus verwoordt en verantwoordt zijn handelen op basis van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, de situatie van de patiënt, de wensen van de patiënt en de eigen praktijkervaring. De tandprotheticus kan een actieve bijdrage leveren aan wetenschappelijk onderzoek. De opleiding van tandprotheticici is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren, het verwerven van medische kennis en inzicht in (psycho)sociale en interculturele aspecten. De beroepstitel tandprotheticus is een beschermd beroepstitel (artikel 34 Wet BIG) die kan worden verkregen na het behalen van het diploma Tandprothetiek aan de opleiding Tandprothetiek bij de Hogeschool Utrecht.³⁵

4.2 Deskundigheidsbevordering van de tandprotheticus

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken mondzorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk kwaliteitseisen te stellen aan het opleidingsniveau en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de mondzorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude, kennis en vaardigheden te kunnen waarborgen. De tandprotheticus zorgt er actief voor dat zijn kennis en kunde blijft aansluiten bij ontwikkelingen in het beroepenveld. Het bijhouden van vakliteratuur, volgen van relevante cursussen en bijscholing en deelnemen aan vakinhoudelijke discussies behoren tot de dagelijkse beroepsuitoefening. In het openbare KwaliteitsRegister TandProtheticici (KRTP) staan gediplomeerde tandprotheticici vermeld die voldoen aan de kwaliteitseisen die de beroepsgroep zelf heeft gesteld. Geregistreerde tandprotheticici kiezen hiermee voor kwaliteit en maken dat ook zichtbaar voor patiënten, zorgverzekeraars en anderen met wie zij samenwerken.

³⁵ Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus, te raadplegen via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008882/1997-12-01>

4.3 Richtlijnen en standaarden

Zorgverleners handelen volgens kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen en zorgstandaarden. In deze documenten staat beschreven wat goede zorg is en welke zorg geleverd zou moeten worden. Afwijken van richtlijnen en standaarden kan, maar moet gemotiveerd worden in het medisch dossier.³⁶

- Een *richtlijn* is een document met aanbevelingen gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De inhoud van een richtlijn wordt gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met deskundigheid en ervaringen van zorgverleners en patiënten. Zorgverleners moeten de richtlijn bij hun zorgverlening toepassen.³⁷
- Een *zorgstandaard* beschrijft vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Niet alleen voor de inhoud van de zorg (zoals de behandeling of het voorschrijven van medicijnen) maar ook voor de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.³⁸

Zorgstandaarden en richtlijnen vormen een eenheid. Hiermee kunnen de zorgprofessional en de patiënt samen de behandeling vormgeven. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.³⁹ Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt.

De richtlijn vormt de input voor een *protocol* waarin naast het 'wat en wanneer' het 'hoe' en vaak ook 'door wie' wordt beschreven.⁴⁰

Ontwikkelproces⁴¹

De ontwikkeling van richtlijnen begint met een '*knelpuntenanalyse*' die zich zowel richt op de inhoud als op de organisatie van zorg. Een richtlijn kan geheel worden herzien of alleen op onderdelen. Naast zorgverleners en zorggebruikers worden andere relevante partijen gevraagd naar knelpunten, bijvoorbeeld vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgorganisaties en – instellingen, overheid en industrie. Methoden die gehanteerd kunnen worden zijn literatuuronderzoek, vragenlijstonderzoek, focusgroepen en interviews met sleutelfiguren. Getracht wordt een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de problematiek in de praktijk.

Uit de knelpuntenanalyse komen '*uitgangsvragen*' naar voren die onder andere betrekking kunnen hebben op de oorzaak van aandoeningen, screening en preventie, diagnostiek, therapie en begeleiding, prognose en follow-up, en organisatie van zorg. Een specifieke uitgangsvraag bevat een omschrijving van de patiënten/cliëntenpopulatie, eventuele interventie en controle-interventie en

³⁶ https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard

³⁷ https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard

³⁸ https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard

³⁹ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/vaktherapie/implementatieplan/kwaliteitsstandaarden>

⁴⁰ <https://zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/verschil-zorgstandaard-richtlijn-protocol/>

⁴¹ <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijn+voor+Richtlijnen+derde+herziene+versie.pdf>

uitkomstmaten. De werkgroep die de richtlijn ontwikkelt, brengt een prioritering aan in de uitgangsvragen en selecteert de meest relevante uitgangsvragen voor gericht literatuuronderzoek.

Er bestaat een expliciet verband tussen de ‘aanbevelingen’ en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal. Aanbevelingen voor organisatie van zorg hoeven niet per se uit literatuuronderzoek te volgen. Hiervoor zijn focusgroepen, open space meetings en observatiemethoden ook zinvolle methoden. Bij het opstellen van de aanbevelingen worden gezondheidswinst, bijwerkingen, veiligheid, doelmatigheid en bevorderende en belemmerende factoren van de toepassing overwogen.

Een aanbeveling beschrijft concreet en nauwkeurig welk beleid in bepaalde situaties bij een welomschreven patiëntengroep geschikt wordt geacht. Duidelijk is welke actie wordt aanbevolen en wat het doel is. Een aanbeveling is zo geformuleerd dat duidelijk wordt hoe krachtig die moet worden opgevat. Bij het opstellen van aanbevelingen wordt rekening gehouden met de acceptatie en uitvoerbaarheid. Aanbevelingen voor de organisatie van zorg zijn zo geformuleerd dat ze expliciet rekening houden met de consequenties voor de praktijk.

Het richtlijnontwikkelingstraject levert producten op die afgestemd zijn op de behoeften van zowel de zorgprofessionals als de zorggebruikers en daardoor het gebruik van de richtlijn bevorderen. Denk hierbij voor zorgprofessionals aan computerapplicaties, scholingsmaterialen en auditsystemen. Voor zorggebruikers gaat het hierbij bijvoorbeeld om producten zoals: patiënten-versies van de richtlijn, keuzeondersteunende voorlichtings- en educatiematerialen (zoals keuzehulpen) en andere producten die zelfmanagement en het proces van gezamenlijke besluitvorming door zorgprofessional en zorggebruiker bevorderen.

Gebruik van richtlijnen⁴²

Een richtlijn is geen doel, maar een middel om aan te geven welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden opdat de juiste zorg zo goed mogelijk wordt geleverd. Gebruikers van een richtlijn moeten zich realiseren dat richtlijnen geen dwingende voorschriften zijn. Richtlijnen bevatten expliciete, zo veel mogelijk op evidence gebaseerde aanbevelingen en inzichten waaraan zorgverleners behoren te voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gericht zijn op de ‘gemiddelde patiënt’ en de praktijk meestal complexer is dan in de richtlijn is weergegeven, kunnen en moeten zorgverleners in individuele gevallen soms afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wie contrair aan een aanbeveling uit een richtlijn handelt, moet dat motiveren in het zorgdossier. Hierbij geldt het principe ‘*pas toe of leg uit*’. Naarmate de aanbeveling stringenter is opgesteld, wordt het afwijken uitgebreider verantwoord in het zorgdossier.

Een goede richtlijn is uitvoerbaar in de praktijk en leidt tot optimale kwaliteit van zorg. Een richtlijn die op basis van knelpunten tot stand is gekomen, hoort te worden opgeleverd met aandachtspunten en aanbevelingen voor implementatie. Deze beschrijven onder meer de implementatietaken en -verantwoordelijkheden van diverse betrokken zorgprofessionals en zorgorganisaties. De benodigde aanpassingen en randvoorwaarden op het gebied van organisatie van zorg en financiële consequenties nemen een belangrijke plaats in.

⁴² <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijn+voor+Richtlijnen+derde+herziene+versie.pdf>

Voor het waarborgen van kwaliteit en veiligheid in de tandprothetische zorg is het van belang om de relevante richtlijnen en protocollen te volgen. Hieronder worden de meest relevante richtlijnen opgesomd die van toepassing zijn binnen de tandprothetische zorg:

Klinische richtlijnen:

- Relevante KIMO Richtlijnen:
 - Antibioticagebruik in de mondzorg
 - Gebitsslijtage
 - Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen
 - Periodiek mondonderzoek
 - Xerostomie en hyposialie
 - Extramurale mondzorg tijdens en na kankerbehandeling (in ontwikkeling)
 - Peri-implantaire infecties
 - Overkappingsprothese op implantaten in de edentate boven- en onderkaak

Praktijkrichtlijnen

- Richtlijn voor het vervaardigen van een volledige gebitsprothese
- SKILZ Richtlijn mondverzorging
- KNMT Praktijkrichtlijn Infectiepreventie
- KNMT Praktijkwijzer Mondzorg aan kwetsbare ouderen
- KNMT Praktijkrichtlijn Verwijzen
- KNMG Richtlijn Omgaan met medische gegevens
- KNMG Richtlijn Verantwoordelijkheidsverdeling (zie paragraaf 5.3)

4.4 Kwaliteitsbeleid binnen de tandprothetiek

Het kwaliteitsbeleid van tandprothetici - gericht op het samen leren en verbeteren van de kwaliteit van de tandprothetische zorg - omvat onder meer: het eigen beroepsmatig handelen als individuele zorgverlener (het leveren van verantwoorde zorg aan patiënten), het beroepsmatig handelen binnen de eigen (praktijk)organisatie en tandprothetische zorgverlening binnen de beroepsgroep als geheel. Het kwaliteitsbeleid is gericht op het continu verbeteren van prestaties vanuit het perspectief van zowel de zorgverlener (op het niveau van de gehele populatie) als de patiënt (kwaliteitsperceptie op individueel niveau). De kwaliteitsnorm voor tandprothetici wordt in eerste instantie bepaald door de beroepsgroep en is doorgaans gebaseerd op statistische gemiddelden. De kwaliteitsnorm voor de patiënt is individueel van aard (gebaseerd op gezamenlijke besluitvorming) en komt tot uitdrukking in de ervaren kwaliteit (verwachting versus ervaring). De norm voor individuele kwaliteitsperceptie zal diensgevolge worden vastgesteld in samenspraak met, of liever nog, door de patiënt zelf.

Uiteindelijk moet dit alles leiden tot optimale uitkomsten van de tandprothetische zorg.

Voor de uitvoering van kwaliteitsbeleid zijn kennis en inzicht onmisbaar. De basis hiervoor bestaat uit drie delen. Eén: het continu en eenduidig vastleggen van gegevens. Twee: het mede aan de hand hiervan meten van resultaten van zorg en dienstverlening, met behulp van indicatoren. Drie: het bespreken van potentieel suboptimale factoren tijdens klinische visitaties en audits. De gemeten

resultaten kunnen naast de vooraf vastgestelde normen worden gelegd. Of worden vergeleken met andere resultaten: benchmarking. Het resultaat vormt de basis voor verbeter- en borgingsplannen. Kwaliteitsverbetering en -borging vereist een methodische aanpak die structureel in de eigen werkwijzen is ingebed. De werkwijze wordt vastgelegd in een cyclisch proces, volgens de Plan-Do-Check-Act cyclus (PDCA-cyclus). Dit wordt getoetst door de beroepsvereniging en hierop wordt toezicht gehouden door de IGJ.

Visitatie

De tandprotheticus stelt vast in hoeverre zijn beroepsmatige handelen voldoet aan geldende standaarden voor de beroepsuitoefening. Dit doet hij via systematische registratie, evaluatie, kritische zelfreflectie en intervisie. De tandprotheticus heeft vanuit de beroepsvereniging ONT de mogelijkheid mee te doen aan een klinische visitatie. Dit is een intercollegiale doorlichting van de zorgverlening van de betreffende professional in zijn eigen werkomgeving. Het is een manier om verbeterpunten op te sporen in de context waarbinnen de behandelaar werkt. De tandprotheticus levert een actieve bijdrage aan inhoudelijke overleggen over werkwijzen, de kwaliteit van de zorg en ontwikkelingen in het vak, zowel binnen de eigen organisatie, de beroepsgroep, als het bredere veld van mondzorg. De tandprotheticus kan bijvoorbeeld stagiairs een werkervaringsplaats bieden en begeleiden in hun professionele ontwikkeling.

Praktijkcertificering

Voor tandprothetische praktijken bestaat er een ONT-branchekeurmerk. Hiermee kunnen ONT-leden aantonen dat de organisatie van de praktijk goed op orde is en dat zij serieus werk maken van de kwaliteit van zorg. Ze voldoen daarbij aan de eisen die worden gesteld door patiënten, professionals en relevante stakeholders. De regels waaronder het ONT branchekeurmerk wordt verleend, zijn opgesteld door de ONT en Roozeboom Consulting. Het ONT-branchekeurmerk wordt afgegeven door Roozeboom Certification, een onafhankelijke certificerende organisatie die het kwaliteitssysteem toetst aan de hand van de eisen van NEN-EN-ISO 9001. Het ONT-branchekeurmerk is niet geaccrediteerd door de Raad voor Accreditatie. Naast deze veel gebruikte vorm van praktijkcertificering voor tandprothetici kunnen praktijken ook zelf een certificerende instelling in de arm nemen die voldoet aan de gestelde eisen om de NEN-EN-ISO 9001 certificering te laten uitvoeren.

4.5 Kwaliteitsindicatoren

Werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg volgens de PDCA-cyclus is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de tandprothetische zorg en de mondzorg. Inzicht in de kwaliteit van de tandprothetische zorg/mondzorg is daarvoor noodzakelijk. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie en kan aanleiding geven tot nader onderzoek. Kwaliteitsindicatoren zijn onder te verdelen in structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren zijn een maat voor kwaliteit van de organisatie van de tandprothetische zorg. Procesindicatoren weerspiegelen de uitvoering van het (individuele) zorgproces. Uitkomstindicatoren geven een beeld van de uitkomsten van het (individuele) zorgproces. Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor evaluatie en verbetering van het zorgproces, voor onderlinge vergelijking van prestaties (benchmark) en om de transparantie in de zorg te vergroten.

Bij het opstellen van indicatoren in het verlengde van de Zorgstandaard 'Tandprothetische zorg' kan deels gebruik worden gemaakt van indicatoren die reeds door het veld zijn ontwikkeld en getoetst.

Het gaat hierbij vooral om zorginhoudelijke indicatoren. Om vast te stellen of de tandprothetische zorg in Nederland daadwerkelijk volgens deze zorgstandaard wordt geboden, zijn aanvullende structuur- en procesindicatoren nodig. Daarbij kan worden gedacht aan indicatoren, zoals:

- hoeveel procent van de patiënten heeft een (individueel) mondzorg- en behandelplan?
- voor hoeveel procent van de patiënten is vastgelegd wie het eerste aanspreekpunt is gedurende het behandeltraject?
- et cetera.

Als onderdeel van de Kennisagenda Tandprothetische Zorg (in ontwikkeling) kunnen de mogelijkheden voor het ontwikkelen van relevante kwaliteitsindicatoren verder worden verkend. Dit sluit aan bij één van de thema's uit de kennisagenda, namelijk 'de kwaliteit van tandprothetische voorzieningen en de bijbehorende zorgverlening'.

4.6 Kwaliteit als keuze-informatie

Iets minder dan de helft van de patiënten komt op verwijzing bij de tandprotheticus terecht en het overige deel heeft zelf een tandprotheticus gekozen. Laatstgenoemde patiënten kiezen hun tandprotheticus zelden op grond van informatie op internet of van zorgverzekeraars. Meestal komen ze terecht bij een tandprothetische praktijk in de buurt en/of via aanbevelingen van familie, vrienden of kennissen. In eerste instantie komen mensen vaak terecht bij een tandprotheticus voor het laten aanmeten en vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese en vervolgens voor reparaties of aanpassingen van de gebitsprothese. Deze behandelingen worden veelal uitgevoerd in een tandprothetische praktijk. Om een weloverwogen keuze te maken uit het aanbod aan tandprothetische praktijken is het voor patiënten belangrijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit van een tandprotheticus en/of de praktijk.

De kwaliteit van de tandprothetische praktijk kan inzichtelijk worden gemaakt door het openbaar maken van zorguitkomsten op het gebied van:

- het verminderen van klachten;
- het voorkomen van complicaties;
- de levensduur van restauraties;
- de gemiddelde behandelduur.

Het zorgvolume (het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd) en de aanwezige praktijkvariatie (de aanwezige spreiding in de resultaten) zijn belangrijke aspecten van dergelijke zorguitkomsten. Daarnaast kunnen ook patiëntervaringen een beeld geven van de geboden zorg. Dit geldt ook voor aanvullende informatie over het zorgaanbod, zoals: garantievoorwaarden, de beschikbaarheid van spoeddiensten of tandprothetische zorg aan huis.

5. Organisatie van passende (tandprothetische) zorg

Wat is er voor nodig om de beweging te maken van de huidige situatie naar de gewenste situatie? Op dit moment worden patiënten veelal vanuit vastomlijnde kaders behandeld dan wel doorverwezen naar andere (mond)zorgverleners. Volgens de gewenste situatie, waarin de patiënten het vertrekpunt vormen en de mondzorgverleners uit het mondzorgteam rond de patiënt staan, is er meer sprake van het *'actief toegeleiden'* van de patiënten naar de meest aanwezige zorgverlener uit het mondzorgteam die de patiënt op dat moment het beste kan helpen. Hierbij is sprake van een *'warme overdracht'* van de patiënt in het vertrouwen dat de desbetreffende collega uit het mondzorgteam de meest passende zorg kan leveren. Bij actieve toeleiding hebben de mondzorgverleners uit het mondzorgteam vooraf onderling contact, zodat de *'ontvangende mondzorgverlener'* zich kan voorbereiden op de komst van de patiënt en op de hoogte is van diens voortraject en de reden van de overdracht. Op die manier ontstaat een warme overdracht van de patiënt van de ene mondzorgprofessional naar de andere mondzorgprofessional. Deze andere benadering veronderstelt de aanwezigheid van een aantal belangrijke randvoorwaarden die in dit hoofdstuk staan beschreven, namelijk:

- meenemen van patiënten in het veranderingstraject;
- korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam;
- duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling;
- toereikende capaciteit aan (mond)zorgverleners;
- gezamenlijke opleiding en bij- nascholing;
- ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied;
- digitalisering binnen de tandprothetiek;
- faciliteren van gegevensuitwisseling;
- praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning;
- adequate vergoeding en bekostiging;
- overige organisatorische aspecten;
- klachtenafhandeling.

Deze randvoorwaarden worden in het vervolg van dit hoofdstuk nader toegelicht.

5.1 Meenemen van patiënten in het veranderingstraject

De beweging richting persoonsgerichte en samenhangende (mond)zorg betekent ook voor patiënten een verandering. Het is belangrijk patiënten hierin mee te nemen, zodat ze weten wat ze van deze nieuwe aanpak mogen verwachten. In het zorgproces wordt daarbij een actievere rol van de patiënten verwacht. Via het proces van samen beslissen krijgen behandeldoelen en -afspraken een meer persoonsgericht karakter. Aan de hand van de '3 goede vragen'⁴³ en andere hulpmiddelen kunnen patiënten zich voorbereiden op het 'goede gesprek' met de zorgverleners. De bewustwording en motivatie van patiënten over hun rol in het zorgproces kan worden ondersteund met een publiekscampagne (zie hiervoor onder meer de recente campagnes van De Mond Niet Vergeten! gericht op thuiswonende kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers⁴⁴). Parallel aan deze campagnes zijn andere interventies nodig gericht op gedragsverandering bij (mond)zorgverleners, zoals opleiding en scholing van (mond)zorgprofessionals (zie paragraaf 4.1 en 4.2).

⁴³ Binnen de zorg is al veel aandacht voor samen beslissen. De 3 goede vragen zijn een eenvoudige manier om hier verder praktische invulling aan te geven. Kijk voor meer informatie over de 3 goede vragen op:

<https://3goedevragen.nl/>

⁴⁴ <https://demonietvergeten.nl/ouder-woorden/>

5.2 Korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam

De samenwerking binnen het mondzorgteam is gebaseerd op onderling vertrouwen, afstemming en samenwerking. Het creëren van deze gezamenlijke basis vraagt voortdurend aandacht en permanent onderhoud. Dit begint met elkaar leren kennen om vervolgens aan de hand van gedeelde ervaringen vertrouwd te raken met elkaar en op die manier een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Door intensief met elkaar op te trekken, ontstaan er korte lijntjes en groeit het onderlinge vertrouwen. Gezamenlijke training, bij- en nascholing en intervisie blijken daarbij zeer behulpzaam (zie paragraaf 4.2).

Wanneer op dagelijkse basis in een open sfeer intensief met elkaar wordt samengewerkt, versterkt dat de onderlinge band en het vertrouwen. Wederkerige samenwerkingsafspraken bieden garanties voor adequate zorg waarop kan worden teruggevalen in situaties waarin het echt nodig is. Op die manier gaat verwijzen over in toegeleiden, waardoor patiënten er zeker van kunnen zijn dat zij niet tussen wal en schip belanden en door de best gekwalificeerde zorgverlener worden behandeld.

5.3 Duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden

De spelregels voor de onderlinge samenwerking kunnen worden ontleend aan de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG'⁴⁵. Deze handreiking bevat een lijst met aandachtspunten, waar zorgverleners uit alle sectoren bij elke vorm van samenwerking alert op moeten zijn. Zie onderstaande checklist.

Hoever (mond)zorgverleners moeten gaan bij het naleven van de aandachtspunten, hangt af van de situatie. Immers, niet alle situaties van samenwerking in de zorg zijn even complex of problematisch. In het ene geval kan een gebrekkige samenwerking meer schadelijke gevolgen hebben voor de cliënt dan in het andere geval. Naarmate die gevolgen schadelijker kunnen zijn, neemt het belang van het naleven van de aandachtspunten uit deze handreiking toe.

⁴⁵ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG 2022
<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/verantwoordelijkheidsverdeling>

Checklist verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg KNMG

1. Indien er op enig moment meerdere zorgverleners bij de zorgverlening aan een cliënt betrokken raken, dan maken zij zo nodig duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de zorgverlening aan de cliënt.
2. Uitgangspunt is dat iedere zorgverlener die betrokken is bij in samenwerking te verlenen zorg, een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens de cliënt, voor zijn/haar aandeel in de zorg. Zij zorgen allen dat zowel onderling als voor de cliënt of diens vertegenwoordiger(s) duidelijk is, wie verantwoordelijk is voor welk deel van de zorgverlening. Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgverleners af dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar. Deze ziet er in elk geval op toe dat:
 - de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
 - er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
 - er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

De regiebehandelaar hoeft niet zelf aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten. De zorgverleners zorgen ervoor dat deze afspraken duidelijk zijn voor de cliënt of diens naaste betrekking(en).
3. Alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken, beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan voor de cliënt. De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt actief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van dit zorg- of behandelplan.
4. De bij de samenwerking betrokken zorgverleners houden de relevante gegevens bij in het dossier van de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat kan worden geraadpleegd en aangevuld door alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken. Kan dat niet, dan maken de samenwerkingspartners afspraken over de wijze waarop zij relevante informatie uit het dossier met elkaar delen, zodat alle betrokken zorgverleners tijdig op de hoogte zijn van de voor hen relevante actuele informatie.
5. Alle zorgverleners die samenwerken bij de zorgverlening aan een cliënt, vergewissen zich er zo veel mogelijk van dat zij beschikken over relevante informatie van hun collega's. Ook informeren zij actief en tijdig hun collega's over hun eigen gegevens en bevindingen, die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen met inachtneming van wet- en regelgeving daaromtrent.
6. Zorgverleners dienen ook bij in samenwerking verleende zorg de rechten van de cliënt, die voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze na te komen. Waar nodig maken de zorgverleners afspraken die het de cliënt makkelijker maken om zijn rechten uit te oefenen ten aanzien van de in samenwerking verleende zorg en de verwerking van zijn persoonsgegevens in dat kader.
7. Alle zorgverleners betrokken bij de in samenwerking verleende zorg zijn alert op de grenzen van hun eigen mogelijkheden en deskundigheid. Zo nodig verwijzen zij de cliënt tijdig door naar een andere zorgverlener. Ze zijn op de hoogte van de deskundigheidsgebieden en kerncompetenties van hun samenwerkingspartners.
8. Bestaat er tussen verschillende zorgverleners een opdrachtrelatie, dan geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies aan de opdrachtnemende zorgverlener over de zorgverlening aan de cliënt en zal de opdrachtnemende zorgverlener zich inspannen deze instructies op te volgen.
9. De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij het inrichten van overdrachtmomenten is het van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de situatie van de cliënt.
10. Als dat nodig is voor een goede zorgverlening plannen de samenwerkende zorgverleners controle- en evaluatiemomenten in.
11. Over incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, spreken de samenwerkingspartners het volgende af:
 - De samenwerkingspartners betrachten naar de cliënt openheid over incidenten, waaronder calamiteiten, die (mogelijk) merkbare gevolgen voor hem hebben.
 - De samenwerkingspartners spreken af hoe en waar zij incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, melden.
 - Als een van de samenwerkingspartners in de ogen van één of meer collega's niet voldoet aan de normen voor goede zorg, dan spreken zij deze partner daarop aan.
12. De samenwerkingspartners leggen, wanneer sprake is van structurele samenwerking, de afspraken die zij maken over de aard en inrichting van de samenwerking en ieders betrokkenheid daarbij schriftelijk vast.

5.4 Toereikende capaciteit aan mondzorgverleners

Volgens onderzoek van het NIVEL uit 2014 bezoekt bijna de helft van alle respondenten een tandprotheticus voor zijn of haar gebitsprothese.⁴⁶ Over de gehele linie is de beschikbaarheid van voldoende menskracht in de zorg een nijpend probleem. Er zijn landelijke tekorten aan tandartsen, huisartsen, praktijkondersteuners en -verpleegkundigen, doktersassistenten, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, met aanzienlijke regionale verschillen in gebrek aan capaciteit. Onder invloed van de aangekondigde strengere handhaving van de wet DBA (wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties) zal het moeilijker worden om gebruik te maken van ZZP-ers ook in de mondzorg en de tandprothetiek.⁴⁷ Het tekort aan zorgpersoneel vormt een belemmerende factor voor de samenwerking binnen en buiten de mondzorg. Tegelijkertijd biedt het arbeidsmarktvraagstuk ook een kans om de gewenste beweging te versnellen. Juist deze dringende omstandigheden vergroten de noodzaak om meer met elkaar samen te werken, de werkzaamheden anders te verdelen en meer gebruik te maken van nieuwe technieken.

Onder invloed van veranderende opvattingen over de balans tussen werk en privé en een toename van het aantal vrouwelijke tandprotheticici (feminisering van het beroep) is een voltijd baan en/of het starten van een eigen praktijk niet voor alle tandprotheticici een vanzelfsprekendheid. In Nederland werken 489 tandprotheticici, waarvan 85% ook praktijkeigenaar is. De overige tandprotheticici (70-75 personen) werken veelal in loondienst of als ZZP-er bij een tandprothetische praktijk. Deze ontwikkelingen gecombineerd met het verplaatsen van tandprothetische zorg van tandartsen naar tandprotheticici stelt de beroepsgroep voor de vraag: Hoe kunnen we inspelen op deze arbeidsmarktvraagstukken om in de (toenemende) zorgvraag te blijven voorzien? Het beantwoorden van deze vraag is belangrijk voor zowel patiënten die tijdige en deskundige zorg verwachten als voor praktijkhouders die op zoek zijn naar personeel en zorgverzekeraars die moeten voldoen aan hun zorgplicht (voldoende landelijke dekking). Voor het beantwoorden van deze vraag zijn meerdere oplossingsrichtingen denkbaar, zoals:

- het inzetten van ondersteunend personeel;
- het bundelen van de krachten;
- het inzetten van innovatieve technologie (zie paragraaf 5.7 Digitalisering binnen de tandprothetiek)
- het bij elkaar brengen van vraag en aanbod;
- en ondersteuning bij het starten en stoppen van een praktijk.

5.5 Gezamenlijke opleiding en bij- en nascholing

Het loont om tandprotheticici en andere mondzorgverleners al in een vroegtijdig stadium met elkaar in contact te brengen.⁴⁸ Hiervoor bestaan uiteenlopende mogelijkheden, zoals het bieden van stageplekken aan studenten tandheelkunde en studenten mondzorgkunde in tandprothetische praktijken en omgekeerd door tandprotheticici te betrekken bij de opleidingen tandheelkunde en mondzorgkunde of door ze stages te laten lopen in mondzorgpraktijken.

⁴⁶ Wie ziet de tandprotheticus, NIVEL-rapport, 2014

⁴⁷ 'Moderne dagloners: werken als zzp'er te veel beperkt door wet DBA?', Veerman en van der Schoot VvAA, 14 juni 2023. <https://www.vvaa.nl/nieuws-en-kennis/nieuws-en-artikelen/wet-dba>

⁴⁸ Is het mogelijk om met een interventie een bijdrage te leveren aan de kennis van studenten tandheelkunde over de bevoegdheden en het deskundigheidsgebied van andere mondzorgprofessionals op het gebied van uitneembare prothetiek en heeft deze kennis invloed op hun keuze voor een eventueel samenwerkingsverband nadat zij zijn afgestudeerd? Gukasian, Kingma, Liem en Maria, Praktijkgericht onderzoek LOEP Studiejaar 4 / 2020-2021

Ook na de opleiding is het belangrijk om met andere mondzorgverleners te blijven leren en werken. Mogelijkheden op dit gebied zijn onder meer:

- het organiseren van een periodiek gezamenlijk spreekuur met tandartsen, tandprotheticen en mondhygiënist uit de buurt;
- het deelnemen aan multidisciplinaire overleggen met andere mondzorgdisciplines (o.a. kaakchirurgen, tandartsen, gnathologen en gespecialiseerde fysiotherapeuten) rond complexe casuïstiek;
- het volgen van bij- en nascholing met andere mondzorgverleners over generieke onderwerpen die voor alle disciplines relevant zijn, zoals: gerontologie, psychodiagnostiek, het afnemen van een anamnese en opstellen van een behandelplan;
- volgens het 'Nieuwe Kwaliteitsdenken'⁴⁹ is intervisie op basis van bruikbare spiegelinformatie een effectieve manier om *het leren en verbeteren* (de kern van het nieuwe kwaliteitsbeleid) in de praktijk te brengen. Door samen met andere mondzorgverleners intervisiegesprekken te voeren over de kwaliteit van de zorg, krijgt leren en verbeteren een extra dimensie. Zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere beschrijving van het kwaliteitsbeleid.

Deze benadering past bij het verandertraject dat de voorgestelde beweging van de huidige naar de gewenste situatie met zich meebrengt.

5.6 Ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied

Met het oog op de beschikbare arbeidscapaciteit en het benutten van de mogelijkheden voor taakherschikking kunnen tandprotheticen via verdere verdieping van het eigen vakgebied mogelijk nog meer toegevoegde waarde voor hun patiënten bieden. Deze toegevoegde waarde van tandprothetische zorg richt zich daarbij vooral op het herstel van 'occlusie en articulatie'. De tandprotheticus kan worden beschouwd als dé specialist voor het ontwerpen van passende oplossingen op dit gebied. Deze deskundigheid kan door tandprotheticen op verschillende terreinen worden toegepast, zowel binnen als buiten de mondzorg. Denk daarbij aan:

- het helpen ontwerpen van kroon- en brugwerk in combinatie met tandprothetiek;
- het inspelen op pathologie die van invloed is op de stand van kaken, kiezen en tanden (bijvoorbeeld bij een maskergelaat als gevolg van Parkinson of een permanente scheve mond na een beroerte);
- de samenwerking met andere (para)medische disciplines, bijvoorbeeld in samenwerking met de logopedist bij slikproblemen of een kaakfysiotherapeut bij bruxisme (knarsen en klemmen).

Vanuit de toegevoegde waarde voor patiënten positioneert de tandprotheticus zich op die manier als welkome samenwerkingspartner van andere (mond)zorgverleners. Door via verdieping van het eigen vakgebied invulling te geven aan de vernieuwing van het vak, krijgt de doorontwikkeling van de tandprothetiek verder vorm.

Casus G: Meneer De Vries

⁴⁹ Visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg: Samen leren en verbeteren | Publicatie | Zorginstituut Nederland

Meneer De Vries is een 62-jarige man die na een ingrijpende operatie en bestraling van de mondholte kampt met een beperkte mondopening. Hij heeft een complex medisch verleden en is onder behandeling bij een oncoloog en kaakchirurg. Na een operatie waarbij een deel van zijn onderkaak en enkele tanden zijn verwijderd en bestraling waarbij weefsels in de mondholte zijn beschadigd, heeft meneer De Vries een mondopening van slechts enkele centimeters. Hoewel hij nog enkele eigen tanden en kiezen heeft, heeft de operatie een gat in zijn verhemelte achtergelaten, wat zijn mondfunctie en mogelijkheden om te eten ernstig beïnvloedt.

Behandelroute en overwegingen

De beperkte mondopening van meneer de Vries vormt een enorme uitdaging voor de gebruikelijke behandelmethoden. De tandprotheticus, kaakchirurg en andere betrokken zorgverleners werken intensief samen om een passende oplossing te vinden, waarbij maatwerk de sleutel is.

Na gezamenlijk overleg is er gekozen voor een behandelplan in twee delen: een klosprothese om het gat in het verhemelte op te vullen en een frameprothese op de resterende elementen. Aangezien de mondopening van meneer De Vries extreem klein is, kunnen de gebruikelijke technieken niet worden toegepast. In zorgvuldig overleg wordt er gekozen voor een aangepaste benadering die haalbaar is binnen zijn beperkingen. Met de geboden oplossing kan meneer de Vries kan de verschillende onderdelen van de tandprothetische voorziening, met wat moeite, zelf in en uit doen, wat hem helpt in zijn zelfstandigheid.

Deze casus benadrukt het belang van intensieve samenwerking tussen verschillende zorgverleners, zoals de tandprotheticus, kaakchirurg, oncoloog en mondhygiënist. De patiënt had niet alleen behoefte aan een technische oplossing voor zijn beperkte mondopening, maar vooral aan een interprofessioneel afgestemd behandeltraject om een veilige, functionele en duurzame voorziening te vervaardigen. Dit vergde een zorgvuldige afstemming van het behandelplan, met extra aandacht voor medische factoren, zoals de gevolgen van bestraling. Door kennis en expertise te bundelen kan een patiëntgerichte oplossing worden gerealiseerd die het dagelijks functioneren aanzienlijk verbetert.

5.7 Digitalisering binnen de tandprothetiek

Digitalisering is één van de dominante ontwikkelingen in de zorg. Op verschillende manieren doet digitalisering zijn intrede in de zorg: bij het maken van afspraken, het voeren van consulten (bijvoorbeeld beeldbellen), de uitvoering van behandelingen (denk aan operaties op afstand), de follow-up via thuismetingen, de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en het elektronisch declareren bij zorgverzekeraars. Het is daarmee één van de mogelijke antwoorden op de eerder genoemde personeelstekorten.

Ook in de tandprothetiek wordt digitalisering op verschillende manieren toegepast. Door het scannen van (delen van) de mond, afdrukken of gipsmodellen is het mogelijk om met behulp van computersoftware het ontwerpen van kunstgebitten, steggen, frames en kroon- en brugwerk via de computer uit te voeren. Door middel van frezen en 3d-printers zijn deze digitale ontwerpen vervolgens om te zetten in tijdelijke of definitieve eindproducten.

In eerste instantie is digitalisering binnen de tandprothetiek met name geïntroduceerd binnen laboratoria, met als doel de productie te versnellen en het gebruik van schadelijke stoffen te verminderen. Materialen zoals lichtuithardend lepel materiaal en schellak beetplaten, die handmatig werden verwerkt en beslepen, zijn vervangen door digitale alternatieven, wat heeft geleid tot een

efficiënter productieproces en betere arbeidsomstandigheden. Hoewel niet alle praktijken over de benodigde apparatuur beschikken, wordt steeds vaker hybride gewerkt. Bepaalde stappen, zoals scannen en ontwerpen, vinden binnen de praktijk plaats, terwijl productie, zoals het frezen van steggen of frames, wordt uitbesteed aan laboratoria. Ook wordt 3D-printtechnologie steeds vaker ingezet, wat het productieproces verder optimaliseert en personeelsinspanningen verlaagt, omdat deze printers ook 's nachts kunnen draaien.

Een ander voordeel van digitalisering is de opbouw van een digitale database door mondscaans. Deze scans bieden zorgverleners waardevolle informatie die later opnieuw gebruikt kan worden. Zo kan bijvoorbeeld een immediaat partiële gebitsprothese worden vervaardigd op basis van een eerdere scan van de antagonist, waardoor de oorspronkelijke gebitssituatie behouden blijft en de zorg voor de patiënt wordt verbeterd.

De verwachting is dat de verdere introductie van digitalisering in de tandprothetiek een vlucht zal nemen. De ervaring van de voorlopers leert dat het tijd en aandacht vraagt om digitalisering van de werkzaamheden goed te integreren in de organisatie van de praktijk. Denk hierbij aan het aanpassen van workflows, training en scholing van medewerkers en het organiseren van het beheer en onderhoud van de apparatuur. Digitalisering is daarmee ook van invloed op de financiering en de bekostiging van de tandprothetiek. Enerzijds zijn investeringen nodig om de benodigde apparatuur te kunnen aanschaffen. Anderzijds kan digitalisering ook bijdragen aan de efficiency van werkprocessen. Aan de hand van praktijkervaringen en inhoudelijke beschrijvingen van digitale workflows kunnen benodigde investeringen en structurele kosten en mogelijke efficiency-opbrengsten inzichtelijk worden gemaakt. Om de digitalisering binnen de tandprothetiek ook in financiële zin mogelijk te faciliteren, introduceerde de NZa per 1 januari 2025 aanvullende prestatiecodes voor het digitaal aanmeten en vervaardigen van een volledige gebitsprothese. Een belangrijke stap die verdere integratie van digitalisering in de tandprothetische praktijk ondersteunt.

5.8 Faciliteren van gegevensuitwisseling via ICT

Ter ondersteuning van de onderlinge samenwerking tussen mondzorgverleners is een goede uitwisseling van geregistreerde gegevens essentieel. De registratie heeft zowel betrekking op het vastleggen van de bevindingen uit diagnostisch onderzoek (o.a. tandheelkundige, prothetische en psychosociale anamnese) als het bepalen van het zorgdoel en de (tandprothetische) behandeling. Al deze zaken moeten per patiënt kunnen worden opgeslagen in één individueel mondzorgplan dat wordt ondersteund door (een combinatie van) ICT-systemen, waardoor gegevens kunnen worden uitgewisseld. Ook moet het ICT systeem ondersteuning kunnen bieden bij digitalisering van de tandprothetiek, monitoring op afstand en de integratie van andere e-health toepassingen. Het formuleren van een goed doordacht en samenhangend informatiebeleid (inclusief een bijbehorend programma van eisen voor de ICT-systemen) is één van de grootste uitdagingen om de persoonsgerichte en samenhangende zorg te kunnen realiseren. In de praktijk blijkt echter dat de uitwisseling van deze gegevens vaak bemoeilijkt wordt doordat ze niet altijd gemakkelijk toegankelijk zijn voor andere zorgverleners. Dit vormt een uitdaging voor een effectieve samenwerking en goede coördinatie van de zorg. Door hun krachten te bundelen kunnen de beroepsorganisaties in de mondzorg hieraan een waardevolle bijdrage leveren ten behoeve van de samenwerking tussen hun leden.

5.9 Praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning

De beoogde ontwikkeling richting persoonsgerichte en samenhangende (mond)zorg brengt ook veranderingen met zich mee voor de organisatie en logistiek in (tandprothetische) praktijken. Om deze ontwikkeling te kunnen bewerkstelligen zijn verschillende aanpassingen nodig, zoals:

- het maken van samenwerkingsafspraken met mondzorgpraktijken en zorgverleners uit verschillende disciplines en domeinen zoals beschreven in paragraaf 3.1 en 3.2);
- het aanpassen van de informatiesystemen, zodat de gegevens in samenhang kunnen worden geregistreerd en uitgewisseld.
- de inrichting en implementatie van gedigitaliseerde zorgprocessen;
- het inrichten van oproepsystemen voor periodieke controles (recallbeleid) en nazorg;
- het bevorderen van andere innovaties en nieuwe ontwikkelingen, waaronder de implementatie van e-health toepassingen en groepsinstructies;
- de (multidisciplinaire) training en scholing van tandprothetici, mondzorgverleners en ondersteunend personeel (o.a. tandtechnici en KPT-ers);
- het begeleiden en ondersteunen van praktijk eigenaren en praktijkmanagers bij de implementatie van de veranderingen in de organisatie van tandprothetische en mondzorgpraktijken;
- het opzetten en begeleiden van het kwaliteitsbeleid;
 - o het verzamelen van spiegelinformatie;
 - o de introductie van vernieuwende indicatoren (zie paragraaf 4.5);
 - o het organiseren van intervisie/intercollegiale toetsing (ook multidisciplinair).
- het maken van (financiële) afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten.

Voor deze en andere aanpassingen in de organisatie en logistiek van een (tandprothetische) praktijk is implementatieondersteuning nodig die deels door praktijk eigenaren en/of praktijkmanagers kan worden geboden. Aanvullende regionale en landelijke ondersteuning is noodzakelijk om de verstrekende veranderingen voor elkaar te krijgen. Dit betekent dat zowel eenmalige als structurele investeringen nodig zijn in de organisatie en infrastructuur op lokaal en regionaal niveau.

5.10 Adequate bekostiging, vergoeding en transparantie

Bekostiging

De kosten van een uitneembare prothetische voorziening bestaan veelal uit een honorariumdeel en een materiaal- en/of tandtechniekcomponent. Alleen bij honorariumcodes waarbij een * vermeld staat, mag een tandtechniekcomponent worden berekend. Voor de bekostiging van het honorariumdeel gelden maximumtarieven die jaarlijks door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden vastgesteld. Indien de mondzorgverlener in eigen beheer de tandtechniek vervaardigd, is deze gehouden aan de tarieven uit de prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer die ook door de NZa worden vastgesteld. Bij het aanbieden van contracten kunnen door zorgverzekeraars lagere tarieven worden aangeboden.

De ONT pleit ervoor dat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid de '*prestatiecode-opbouwssystematiek*' hanteren die is gebaseerd op de onderscheiden stappen in de richtlijnen van de beroepsgroep voor het vervaardigen van gebitsprothesen. In deze prestatiecode-opbouw systematiek zijn stappen opgenomen, die gevolgd kunnen worden voor het maken van een gebitsprothese conform de richtlijnen van de beroepsgroep. Voor de onderscheiden stappen wordt gebruik gemaakt van de Q-codes die de NZa heeft opgenomen in de Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer, zonder daaraan tarieven te koppelen. Volgens deze systematiek worden kosten toebedeeld

aan de benodigde stappen voor het maken van een gebitsprothese conform de richtlijn. Het is aan de zorgverzekeraar, indien deze systematiek wordt gebruikt, welke tarieven de zorgverzekeraar daaraan koppelt. Deze prestatiecode-opbouwsystematiek wordt door steeds meer zorgverzekeraars gebruikt. De ervaringen van de zorgverzekeraars die voor de prestatiecode-opbouw systematiek kiezen, wijzen uit dat deze benadering zowel voor zorgverzekeraars, verzekerden als zorgverleners meer duidelijkheid en transparantie biedt.

Vergoeding van tandprothetische zorg

De kosten voor een volledige gebitsprothese vallen voor een groot deel onder de basisverzekerde zorg. Naast het (verplichte) eigen risico is op de conventionele volledige gebitsprothese een eigen bijdrage van 25 procent van toepassing. Een reparatie van een kunstgebit wordt voor 90% vergoed vanuit de basisverzekering en onder het eigen risico. Voor een volledige gebitsprothese op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10 procent van de kosten van een gebitsprothese voor de onderkaak en 8 procent van de kosten van een gebitsprothese voor de bovenkaak. Een gedeeltelijke gebitsprothese, zowel een plaatje als een frame, wordt niet vanuit de basisverzekering vergoed. Wel is het mogelijk om vanuit aanvullende verzekeringen een vergoeding te krijgen. Een reparatie aan een gedeeltelijke gebitsprothese wordt niet vergoed door de basisverzekering. De hoogte van de vergoeding verschilt per verzekeraar en per polis. Voor bepaalde behandelingen is een machtiging een vereiste om een vergoeding te kunnen krijgen van de zorgverzekeraar.

Offerteplicht en informatievoorziening

Volgens de NZa Regeling mondzorg NR/REG-2507 zijn mondzorgverleners verplicht om bij behandelingen die meer dan € 250,- kosten, de patiënt voorafgaand aan de behandeling een offerte te verstrekken. Voor behandelingen tussen € 250,- en € 500,- mag een prijsopgave mondeling worden verstrekt. Voor behandelingen vanaf € 500,- geldt vanaf 1 januari 2025 de verplichting patiënten een *schriftelijke* (of digitale) prijsopgave te verstrekken. Er worden door de NZa verschillende voorwaarden gesteld aan de prijsopgave. Zo moet het totaalbedrag van de prijsopgave worden vastgelegd in de administratie met de bevestiging dat de patiënt akkoord is gegaan met de prijsopgave.

5.11 Overige organisatorische aspecten

Naast de hiervoor beschreven randvoorwaarden voor de verdere ontwikkeling van de tandprothetische zorg en mondzorg blijft ook een aantal andere zaken van belang om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van deze zorg te kunnen waarborgen. Deze paragraaf zet een aantal van deze organisatorische aspecten op een rij, zoals: continuïteit van zorg, praktijkvoering & werkprocessen, patiëntveiligheid, communicatie & informatievoorziening, service & dienstverlening en klachtenafhandeling.

Continuïteit van zorg

Voor elke patiënt in Nederland is goede, betaalbare en toegankelijke (tandprothetische) zorg beschikbaar voor verkrijgen van de benodigde mondzorg. Een basisvoorwaarde is dat patiënten toegang hebben tot een goed en samenhangend netwerk van mondzorgverleners, waarvan ook tandprotheticus deel uitmaken. Patiënten kunnen daartoe terecht bij de tandprotheticus/mondzorgverlener die zij wensen en daarnaast is het duidelijk hoe ze kunnen overstappen naar een andere mondzorgverlener/tandprotheticus.

Praktijkvoering & Werkprocessen

De tandprotheticus/mondzorgverlener organiseert zijn eigen werk effectief en doelmatig, maakt gebruik van relevante richtlijnen, veldnormen en protocollen en houdt zich aan gemaakte afspraken met andere zorgprofessionals en zorgverzekeraars. Daarbij houdt de tandprotheticus/mondzorgverlener rekening met de wet- en regelgeving, de geldende beroepsethiek,⁵⁰ behoeften van de patiënt, wensen van koepelorganisaties en de eisen van zorgverzekeraars. De tandprotheticus draagt zorg voor beschikbaarheid, beheer en kwaliteitscontrole van benodigde faciliteiten en middelen. De bedrijfsvoering omvat een systematische patiënten- en financiële administratie en processen ter controle en verbetering van de organisatie.

Patiëntveiligheid

De mondzorgverleners die bij de behandeling zijn betrokken, zijn goed op de hoogte van elkaars activiteiten: behandeling, voorgeschreven medicatie, planning en behandelplan. De tandprotheticus vraagt actief naar (veranderingen in) het medicatiegebruik van de patiënt voor zover dit relevant is voor de veiligheid van de mondzorg. De wachtruimten, de behandelkamers en de praktijkvoering zijn hygiënisch en schoon. In geval van spoed kunnen patiënten binnen 1 uur bij een praktijk terecht; voor pijnklachten geldt een tijdsbestek van 24 uur.

Communicatie & Informatievoorziening

De tandprotheticus organiseert de interne en externe communicatie op een toegankelijke en efficiënte wijze. Dit doet hij ten behoeve van de samenwerking binnen de eigen organisatie én de informatievoorziening richting externe professionals en patiënten. De patiënt ontvangt schriftelijk (of digitaal) informatie over behandelingen. Op de website van de praktijk wordt duidelijk aangegeven:

- wat de openingstijden zijn;
- hoe de telefonische bereikbaarheid is geregeld;
- welke mondzorgverleners werkzaam zijn in de praktijk en wat hun functie is.

Service & Dienstverlening

De mondzorgverlener zorgt ervoor dat patiënten worden behandeld in een prettige omgeving. De behandelstoel en -ruimte zijn schoon en comfortabel. De wachtruimte stelt patiënten op hun gemak en is afgestemd op de behoefte van de patiënten(populatie): prikkelarm, voldoende lectuur in de wachtkamer en daarbij rekening houdend met de wensen van de patiënten(populatie). De praktijk is telefonisch, digitaal en fysiek goed te bereiken (openbaar vervoer, auto, fiets of lopend) en bovendien rolstoeltoegankelijk. Het is de patiënt duidelijk waar hij eventuele klachten kan indienen en hoe de afhandeling hiervan verloopt.

Klachtenafhandeling

Een tandprotheticus heeft een transparante en toegankelijke klachtenprocedure, die zo nodig is afgestemd met andere zorgprofessionals in een samenwerkingsverband. Bij niet-volledige gebitsprothesen is de eindverantwoordelijke tandarts/implantoloog of MKA-chirurg het formele aanspreekpunt voor klachten. Een tandprotheticus blijft verantwoordelijk voor zijn eigen aandeel in het behandeltraject. Dit betekent dat hij moet beschikken over een onafhankelijke klachtenfunctionaris en zich moet aansluiten bij een geschilleninstantie.⁵¹

⁵⁰ Codex van beroepsethiek voor tandprotheticici, ONT 2015

http://www.ont.nl/upload/docs/Codex_van_beroepsethiek_03-11-2017.pdf

⁵¹ Via de ONT is voor aangesloten leden een onafhankelijke klachten- en bemiddelingsregeling in het leven geroepen op grond waarvan patiënten zich kunnen melden met hun klachten. Volgens deze regeling neemt een

Bij een klacht van een patiënt probeert de mondzorgverlener in eerste instantie het gesprek aan te gaan met de patiënt om gezamenlijk tot een oplossing te komen. Hierbij kan alsnog duidelijkheid worden gegeven over de behandeling en de keuzes die hieraan ten grondslag liggen. Wanneer de patiënt niet tevreden is over de afhandeling van een klacht door de betreffende tandprotheticus, kan hij gebruik maken van de klachtenregeling voor bemiddeling. Mocht de klachtenbemiddeling niet succesvol verlopen dan kan een patiënt zich wenden tot Stichting Geschilleninstantie Mondzorg (SGIM) waarbij de leden van de ONT ook zijn aangesloten, in overeenstemming met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

onafhankelijke klachtenfunctionaris de klachten in behandeling. Leden van de ONT zijn vanwege hun lidmaatschap automatisch aangesloten bij de Stichting Geschilleninstantie Mondzorg (SGIM)

6. Slotsom

Het is tijd voor Passende Tandprothetische Zorg, die aandacht besteedt aan de specifieke zorgvraag van een patiënt en dat doet in het perspectief van diens persoonlijke situatie, drijfveren, mogelijkheden, behoeften en voorkeuren. Volgens deze herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg vormen het persoonsgerichte karakter van de (tandprothetische) zorg en de interprofessionele samenwerking tussen de betrokken (mond)zorgverleners de pijlers van passende tandprothetische zorg.

Op geleide van de zorgvraag wordt bepaald welke (mond)zorgverlener(s) een bijdrage kunnen leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag. De betreffende zorgverlener(s) vervullen op basis van hun competenties een rol in het zorgproces. Hierbij is sprake van korte lijnen en een warme overdracht van de patiënt. Het draait daarbij om het vertrouwen van zorgverleners dat de desbetreffende collega's uit het mondzorgteam de best passende zorg zullen leveren. Door deze benadering ervaren zorgverleners meer professionele autonomie, onderlinge samenhang en kunnen zij meer persoonlijke aandacht besteden aan de patiënt. Dit leidt naar verwachting tot positieve effecten op de 'quadruple aim' doelstellingen:

- ervaren gezondheid;
- kwaliteit van zorg;
- zorgkosten;
- en werkplezier.

Deze herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg beschrijft wat er nodig is om dit toekomstbeeld te bewerkstelligen.

Bijlage I: Samenstelling werkgroep Zorgstandaard ‘Tandprothetische zorg’

Priscilla Broekhuis	Tandprotheticus
Caitlin Dekkers	Beleidsmedewerker ONT
Arjan van den Dorpel	Tandarts, KNMT
Mandy Heikamp	Beleidsadviseur KNMT
Lucas Hoogstraten	Tandprotheticus, ONT Academy
Marja Marskamp	Tandprotheticus, ONT Academy
Candace Sondaar	Mondhygiënist, NVM-mondhygiënist
Rob van Straten	Tandprotheticus, bestuurslid ONT
Frederik Vogelzang	Directeur ONT
Ronald Waars	Tandprotheticus

Bijlage II: Verschillende behandelopties tandprothetische zorg

Conventionele gebitsprothese

Een conventionele gebitsprothese is een uitneembaar kunstgebit dat ontbrekende tanden en omliggende weefsels vervangt.

Bij volledig tandeloze patiënten kan de tandprotheticus het gehele behandeltraject zelfstandig uitvoeren, inclusief intake, anamnese, behandeling en het traject van nazorg. In de situatie van een volledige gebitsprothese tegenover gehele of gedeeltelijke eigen dentitie, zal de tandprotheticus met de patiënt overleggen of het wenselijk is eerst een tandarts of mondhygiënist te bezoeken. Als het nodig is, wordt de patiënt eerst terugverwezen voor een consult bij de tandarts. Deze beoordeelt dan de restdentitie.

De te volgen route bij een conventionele gebitsprothese:

1. Eerste consult:
 - Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus, tandarts of mondhygiënist.
 - De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
 - Er wordt beoordeeld of een conventionele gebitsprothese mogelijk is of dat een implantaat-gedragen gebitsprothese nodig is.
 - Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal mondonderzoek.
2. Opstellen zorg- en behandelplan:
 - Het behandelplan wordt opgesteld, waarin de stappen en procedures worden beschreven.
3. Prothetische fase:
 - De conventionele gebitsprothese wordt vervaardigd en moet voldoen aan de technische eindtermen:
 - best mogelijke retentie;
 - centrale relatie = maximale occlusie;
 - bilateraal gebalanceerde occlusie en articulatie;
 - goede pasvorm;
 - correcte afwerking en lengte van de protheseranden;
 - de positie van het bovenfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de bovenlip;
 - de positie van het onderfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de onderlip;
 - juiste beethoogte;
 - kleur, vorm en opstelling van de gebitselementen worden in overleg met de patiënt gekozen.
4. Prothetische periode van nazorg:
 - Na plaatsing van de gebitsprothese biedt de tandprotheticus nazorg:
 - Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
 - Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie en correcties van protheseranden.

- Nacontrole uiterlijk na één maand om tevredenheid van de patiënt te beoordelen.
5. Opname in recall
- Afspraken worden gemaakt voor jaarlijkse controles.

Partiële gebitsprothese

Een partiële gebitsprothese vervangt slechts een deel van het gebit. In tegenstelling tot een volledige gebitsprothese, die alle tanden in een kaak vervangt, wordt een partiële gebitsprothese gebruikt wanneer er nog eigen tanden aanwezig zijn. Een partiële gebitsprothese vult de open ruimtes op en helpt om de bestaande tanden op hun plaats te houden.

Een tandprotheticus kan een partiële gebitsprothese uitsluitend vervaardigen na verwijzing door een tandarts. Als de patiënt de eerste zorgvraag stelt aan de tandprotheticus, zal deze de patiënt, ter beoordeling van de dentitie, verwijzen naar de eigen tandarts van de patiënt of een tandarts met wie de tandprotheticus samenwerkt. Tevens wordt de vraag gesteld of een partiële gebitsprothese geïndiceerd is. In het kader van de nazorg richt de tandarts zich op de restdentitie of implantaten. De tandprotheticus is verantwoordelijk voor de periodieke controle van de uitneembare gebitsprothese zelf. De mondhygiënist concentreert zich tijdens periodieke controles op het schoonhouden van de implantaten en de beoordeling van het omliggende weefsel.

De te volgen route bij een partiële gebitsprothese:

1. Eerste consult:
 - Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus, tandarts of mondhygiënist.
 - De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
 - Er wordt beoordeeld of een conventionele gebitsprothese mogelijk is of dat een implantaat-gedragen gebitsprothese nodig is.
 - Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal mondonderzoek naar aanleiding van zorgvraag bij tandprotheticus of tandarts;
 - Als de patiënt de eerste zorgvraag stelt aan de tandprotheticus, zal deze de patiënt, ter beoordeling van de dentitie, verwijzen naar de eigen tandarts van de patiënt of naar een tandarts met wie de tandprotheticus samenwerkt. Tevens wordt de vraag gesteld of een partiële gebitsprothese geïndiceerd is.

Als de patiënt de zorgvraag stelt aan de tandarts, kan deze de patiënt zelf behandelen of verwijzen naar een tandprotheticus voor de prothetische behandeling.
2. Opstellen zorg- & behandelplan:
 - Het behandelplan wordt opgesteld, waarin de stappen en procedures worden beschreven.
3. Prothetische fase:
 - De partiële gebitsprothese wordt vervaardigd en correct afgewerkt.
4. Prothetische periode van nazorg:
 - Na plaatsing van de gebitsprothese biedt de tandprotheticus nazorg:
 - Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
 - Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie en correcties van protheseranden.

- Nacontrole uiterlijk na één maand om tevredenheid van de patiënt te beoordelen.
- 5. Opname in recall.
 - Afspraken worden gemaakt voor jaarlijkse controles.

Immediaatprothese

Een immediaatprothese is een tijdelijk kunstgebit dat direct na het trekken van tanden wordt geplaatst. Hierdoor hoeft de patiënt niet zonder tanden rond te lopen tijdens de periode van genezing na de extracties.

De tandprotheticus kan een immediaatprothese uitsluitend vervaardigen na verwijzing door een tandarts of MKA-chirurg. Als de patiënt de eerste zorgvraag stelt aan de tandprotheticus, zal deze de patiënt, ter beoordeling van de dentitie, verwijzen naar de eigen tandarts van de tandarts of een tandarts met wie de tandprotheticus samenwerkt. Tevens wordt de vraag gesteld of een immediaatprothese geïndiceerd is. Als de eerste zorgvraag aan de tandarts wordt gesteld, kan deze de patiënt zelf behandelen of verwijzen naar een tandprotheticus voor de prothetische behandeling. Als de eerste zorgvraag wordt gesteld bij de MKA-chirurg, kan deze de patiënt verwijzen naar een tandprotheticus of een tandarts voor de prothetische behandeling.

De te volgen route bij een immediaatprothese:

1. Eerste consult:
 - Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus, tandarts of mondhygiënist.
 - De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
 - Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal mondonderzoek.
2. Opstellen zorg- & behandelplan:
 - Het behandelplan wordt opgesteld, waarin de stappen en procedures worden beschreven.
3. Prothetische fase:
 - De immediaatprothese vervaardigd. Dit gebeurt vóór het trekken van de tanden, zodat de prothese direct na de extracties kan worden geplaatst.
4. Prothetische periode van nazorg:
 - Direct na de extracties door de tandarts of MKA-chirurg wordt de gebitsprothese geplaatst en verleent de tandprotheticus de noodzakelijke nazorg:
 - Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
 - Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie en correcties van protheseranden.
5. Begeleiding van patiënt in de revalidatieperiode:
 - De immediaat geplaatste gebitsprothese wordt tijdig voorzien van bijvoorbeeld een tissue conditioning en later door een rebasing.
6. Opname in recall:
 - Afspraken worden gemaakt voor jaarlijkse controles.

Implantaatgedragen overkappingsprothese

Een overkappingsprothese is een gebitsprothese die rust op implantaten die in de kaak zijn geplaatst en op het tandvlees.

Na een zorgvraag van de patiënt voor een nieuwe volledige gebitsprothese zal de tandprotheticus vanuit zijn professionaliteit beoordelen of een conventionele gebitsprothese kan worden gemaakt of dat vanwege de te verwachten retentieproblemen een implantaatgedragen gebitsprothese is geïndiceerd. De tandprotheticus verwijst de patiënt naar een tandarts, tandarts-implantoloog of MKA-chirurg. De tandarts/implantoloog doet de indicatiestelling: zijn implantaten geïndiceerd in deze patiënt-specifieke situatie en omstandigheden? Nadat een zorg- en behandelplan is opgesteld, zal de tandarts/implantoloog de implantaten plaatsen na machtiging door de zorgverzekeraar. Na genezing en controle zal hij de patiënt naar de tandprotheticus terugverwijzen voor de vervaardiging van de mesostructuur en de overkappingsprothese. De tandprotheticus voert de directe prothetische nazorg uit na plaatsing van de overkappingsprothese. De tandarts/implantoloog en de mondhygiënist voeren in overeenstemming de nazorg uit van de implantaten en omliggende slijmvliezen. De patiënt wordt opgenomen in een recall protocol.

De te volgen route bij overkappingsprothese in de onderkaak:

1. Eerste consult:
 - Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus, tandarts of mondhygiënist.
 - De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
 - Er wordt beoordeeld of een conventionele gebitsprothese kan worden vervaardigd of dat er dat er vanwege de te verwachten retentieproblemen een implantaatgedragen gebitsprothese geïndiceerd is.
 - Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal mondonderzoek.
 - Als er een prothetische indicatie is voor een implantaatgedragen gebitsprothese, zal de tandprotheticus een initieel onderzoek implantologie uitvoeren en volgt een schriftelijke verwijzing naar de tandarts-implantoloog of MKA-chirurg met wie een samenwerkingsrelatie bestaat. De verwijzing bevat de bevindingen uit het Initieel onderzoek Implantologie (punt 2), alsmede een behandelvoorstel en een advies ten aanzien van de gewenste mesostructuur.
2. Vooronderzoek implantologie en verwijzing naar tandarts/implantoloog of MKA-chirurg:
 - Uitgevoerd door de tandprotheticus of tandarts-implantoloog/MKA-chirurg samen met de tandprotheticus.
 - Het vooronderzoek bevat de volgende onderdelen:
 - inventariseren van de klacht(en);
 - afnemen van een (tandheerkundige,) prothetische en psychosociale anamnese (lees: het verzamelen van gegevens over de tijdsduur van de tandeloosheid, de oorzaak van het verlies van de gebitselementen, het aantal gedragen gebitsprothesen met chronologische data, het beoordelen van de mondhygiënische status, alsmede het rapporteren van relevante psychosociale omstandigheden);
 - onderzoeken van de intra- en extra-orale condities;
 - onderzoeken van het functioneren van de bestaande gebitsprothese;

- schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
 - (indien van toepassing) nemen van een afdruk ten behoeve van de vervaardiging van een röntgendiagnose-kunstharsplaat en/of studiemodellen.
 - Verstrekken van algemene informatie aan de patiënt en eventueel verstrekken van de informatiefolder, bespreken van de bevindingen en verwijzen naar een tandarts/implantoloog.
3. Consult tandarts-implantoloog of MKA-chirurg in combinatie met verlengd onderzoek en aanvraag van de chirurgische fase;
- Nadat de tandprotheticus de prothetische indicatie voor implantologie heeft gesteld, volgt een verwijzing naar de tandarts-implantoloog of MKA-chirurg ter beoordeling van de indicatie implantologie.
 - De tandarts/implantoloog zal aan de hand van de verwijzing en de zorgvraag van de patiënt een verlengd onderzoek uitvoeren.
 - Een verlengd onderzoek bestaat uit: uitgebreid diagnostisch onderzoek ten behoeve van implantologie, verricht door de tandarts-implantoloog aan de hand van het initieel onderzoek.
 - Onder het verlengd onderzoek ten behoeve van implantologie wordt verstaan: specifiek vervolgonderzoek, inclusief opstellen en bespreken zorg- & behandelplan, inclusief aanvragen voorzieningen en overleg/rapportage verwijzende zorgaanbieder (NZa). Meer specifiek:
 - afnemen van de medische anamnese;
 - nemen van de benodigde röntgenfoto's (honorarium apart te berekenen);
 - bepalen van de indicatie;
 - zo nodig nemen van een afdruk ten behoeve van een studiemodel;
 - schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
 - interpreteren van de bevindingen;
 - opstellen en bespreken van een zorg- & behandelplan;
 - aanvragen van de behandeling.
 - Voordat de behandeling kan beginnen, wordt de patiënt voorgelicht over het zorg- en behandelplan. Tijdens het gesprek komen aan de orde: de kosten de aan de hand van een begroting, de duur en prognose van de behandeling, maar ook de plichten van de patiënt. De patiënt dient zich ervan bewust te zijn dat een goede mondhygiëne van belang is en dat een jaarlijkse controle van de implantaten, suprastructuur en prothetische voorziening daarvan onderdeel is. De patiënt moet hiervoor dan ook schriftelijk informed consent geven.
4. Chirurgische fase:
- Nadat door de verzekeraar toestemming is verleend en een machtiging is afgegeven voor het chirurgische gedeelte van de behandeling, voert de tandarts-implantoloog of MKA-chirurg de aangevraagde behandeling uit. De behandeling omvat:
 - het plaatsen van de implantaten;
 - het aanbrengen van healing abutments
 - het aanpassen van de gebitsprothese door middel van een relining. De relining kan ook worden uitgevoerd door de tandprotheticus, maar is als zodanig niet apart in rekening te brengen.

5. Na periode van genezing en inheling van het implantaat volgt een eindcontrole door tandarts-implantoloog/MKA-chirurg en terugverwijzing voor prothetische fase:
 - Na de geëigende periode van osseointegratie voert de tandarts/implantoloog een controle uit ter bepaling van de stabiliteit van de implantaten.
 - Na de eindcontrole van de chirurgische behandeling verwijst de behandelaar de patiënt schriftelijk terug naar de tandprotheticus. De verwijzing is minimaal voorzien van het merk en type van het implantaat, een kort operatieverslag en een advies voor de te kiezen mesostructuur.
6. Aanvraagprocedure prothetische fase door uitvoerende behandelaar:
 - Na ontvangst van de verwijzing na de implantologische fase doet de tandprotheticus bij de zorgverzekeraar de aanvraag tot machtiging voor de mesostructuur en de overkappingsprothese. In de aanvraag wordt vermeld wie voor de behandeling eindverantwoordelijk is. Als de zorgverzekeraar het wenst, wordt de verwijzing bijgevoegd bij de aanvraag.
7. Prothetische fase:
 - Na ontvangst van de machtiging kan de tandprotheticus de mesostructuur en de bijbehorende overkappingsprothese vervaardigen. Ook zorgt hij voor de prothetische nazorg. De tandarts/implantoloog en mondhygiënist dragen in overeenstemming de verantwoordelijkheid voor de nazorg van de implantaten, waaronder de controle op verzorging van de implantaten en de conditie van het omliggende weefsel.
 - De overkappingsprothese op implantaten voldoet in ieder geval aan de 'technische eindtermen':
 - de gebitsprothese dient een goede retentie te hebben op de mesostructuur;
 - het occlusie- en articulatieconcept dient zodanig te zijn gekozen, dat ongewenste overbelasting van de implantaten en/of de mesostructuur in elk geval wordt voorkomen;
 - centrale relatie = maximale occlusie;
 - bilateraal gebalanceerde occlusie en articulatie;
 - goede pasvorm;
 - correcte afwerking en lengte van de protheseranden;
 - de positie van het bovenfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de bovenlip;
 - de positie van het onderfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de onderlip;
 - juiste beethoogte;
 - kleur, vorm en opstelling van de gebitselementen worden in overleg met de patiënt gekozen;
 - de mesostructuur ligt spanningsvrij op de implantaten en is aangedraaid met aanbevolen newton meters;
 - de lotnummers zijn genoteerd voor het herleiden ervan bij eventuele problemen (denk hierbij aan een afgebroken schroef);
 - biocompatibele materiaal soort legering.
8. Prothetische nazorg:
 - Na plaatsing van de gebitsprothese biedt de tandprotheticus nazorg:

- Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
 - Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie, (dé)activeren van retentieve elementen en correcties van protheseranden.
 - Nacontrole uiterlijk na één maand om tevredenheid van de patiënt te beoordelen.
 - Na de nacontrole bericht de tandprotheticus schriftelijk aan de tandarts/implantoloog, dat de gebitsprothese is geplaatst (met vermelding van de plaatsingsdatum).
 - De tandarts/implantoloog neemt de patiënt op in een nazorgtraject. De tandarts/implantoloog controleert nogmaals de implantaten.
 - De mondhygiënist ziet in het kader van de nazorg toe op de reiniging van de implantaten en beoordeelt de gezondheid van het omliggende weefsel.
9. Opname in recall-programma:
Suprastructuur en prothetische voorziening dienen minimaal één keer per twee jaar te worden gecontroleerd door de tandprotheticus.

Rebasing

Tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus, de tandarts/implantoloog of de mondhygiënist kan worden geconstateerd dat de prothetische voorziening niet voldoende retentie meer heeft of dat de pasvorm van de gebitsprothese niet meer optimaal is door voortschrijdende resorptie. Het kan ook gebeuren dat de patiënt zich zelf met klachten meldt bij een van de behandelaren.

Als de tandarts/implantoloog constateert dat een rebasing geïndiceerd is, zal hij de patiënt schriftelijk naar de tandprotheticus verwijzen met de vraag of deze hiermee akkoord gaat en de voorgestelde behandeling wil uitvoeren.

Als de tandprotheticus constateert dat een rebasing geïndiceerd is, wordt de patiënt verwezen naar de tandarts/implantoloog ter controle van de implantaten. De tandarts/implantoloog verwijst de patiënt daarna schriftelijk terug voor de geïndiceerde behandeling.

De te volgen route bij rebasing:

1. Consult naar aanleiding van zorgvraag patiënt
2. Verwijzing naar aanleiding zorgvraag naar tandarts/implantoloog
 - Indien de tandprotheticus constateert dat de mesostructuur vervangen moet worden, wordt dit specifiek beschreven en gemotiveerd in de verwijzing naar de tandarts/implantoloog.
3. Consult tandarts/implantoloog en terug-verwijzing naar tandprotheticus
 - Als de patiënt jaarlijks op controle komt kan de tandarts/implantoloog de zorgvraag die volgt uit de verwijzing overnemen in het patiëntendossier en terugkoppelen aan de tandprotheticus.
 - De tandarts/implantoloog vraagt dan aan de tandprotheticus of hij akkoord is met de voorgestelde behandeling en of deze kan worden uitgevoerd.

- Als de patiënt niet jaarlijks op controle is geweest, zal de tandarts/implantoloog eerst de patiënt zelf moeten consulteren alvorens hij de terugkoppeling aan de tandprotheticus geeft over de voorgestelde behandeling
- 4. Aanvraagprocedure door uitvoerende behandelaar
- 5. Uitvoeren van voorgestelde behandeling door tandprotheticus
- 6. Verslaglegging aan tandarts/implantoloog

Vervangende gebitsprothese

Tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of de tandarts/implantoloog kan worden geconstateerd dat de prothetische voorziening niet meer voldoet aan de criteria die mogelijkwerijs gelden voor de prothetische voorziening. Het is ook mogelijk dat de patiënt zich tot een van de zorgverleners heeft gewend met klachten over de implantaatgedragen voorziening.

Als de tandarts/implantoloog constateert dat een vervangende gebitsprothese is geïndiceerd, zal hij de patiënt schriftelijk verwijzen naar de tandprotheticus met de vraag of deze hiermee akkoord gaat en de voorgestelde behandeling wil uitvoeren.

Als de tandprotheticus constateert dat een vervangende gebitsprothese is geïndiceerd, wordt de patiënt verwezen naar de tandarts/implantoloog ter controle van de implantaten en/of de dentitie. De tandarts/implantoloog verwijst de patiënt daarna schriftelijk terug voor de geïndiceerde behandeling.

Te volgen route bij vervangende gebitsprothese:

1. Consult naar aanleiding van zorgvraag patiënt
2. Verwijzing naar aanleiding zorgvraag naar tandarts/implantoloog
 - Indien de tandprotheticus constateert dat de mesostructuur vervangen moet worden, wordt dit specifiek beschreven en gemotiveerd in de verwijzing naar de tandarts/implantoloog.
3. Consult tandarts/implantoloog en terug-verwijzing naar tandprotheticus
4. Aanvraagprocedure door uitvoerende behandelaar
5. Uitvoeren van voorgestelde behandeling door tandprotheticus
6. Nacontrole
7. Verslaglegging aan tandarts/implantoloog
8. Opnieuw opnemen in recall programma

Bijlage III: Verklarende woorden- en begrippenlijst

AVG

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is de belangrijkste privacywet en regelt de bescherming van persoonsgegevens. Deze wet waarborgt dat persoonsgegevens zorgvuldig worden verwerkt en beschermd. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) ziet toe op naleving van de AVG en aanverwante wetgeving.

Edentaat

Tandeloos; situatie waarbij iemand geen natuurlijke gebitselementen meer heeft in één of beide kaken.

Immediaatprothese

Een tijdelijke gebitsprothese die direct na het trekken van tanden of kiezen wordt geplaatst.

Implantaatgedragen gebitsprothese

Een gebitsprothese die op implantaten in de kaak wordt bevestigd, vaak ook 'klikgebit' of 'overkappingsprothese' genoemd.

Interprofessioneel Samenwerken

Bij interprofessionele samenwerking werken zorgprofessionals uit verschillende domeinen/disciplines samen aan een plan waarmee een patiënt optimale zorg en ondersteuning krijgt. Interprofessioneel samenwerken gaat daarmee een stap verder dan multidisciplinair samenwerken, waarbij professionals voornamelijk vanuit hun eigen vakgebied denken. Bij interprofessioneel samenwerken is er een gezamenlijk plan.

Kwaliteitscyclus

Een kwaliteitscyclus - ook wel bekend als PDCA-cyclus - is een systematische aanpak om de kwaliteit continu te evalueren, verbeteren en borgen. Het is een iteratief proces dat bestaat uit verschillende fasen: plannen (Plan), uitvoeren (Do), evalueren (Check) en bijstellen (Act). Deze vier fasen worden herhaaldelijk doorlopen om de inhoud steeds verder te optimaliseren en aan te passen aan veranderende behoeften.⁵² Met andere woorden een terugkerend proces van meten, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Mondzorgteam

Een samenwerkingsverband van mondzorgverleners, waartoe in deze Zorgstandaard Tandprothetische Zorg tandartsen, mondhygiënist, MKA-chirurgen en tandprotheticisten worden gerekend.

MKA-chirurg

Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is een tandheelkundig specialisme, waarbij de kaakchirurg (ook wel 'MKA-chirurg' genoemd) bij aanvang van de opleiding tot MKA-chirurg zowel het tandartsdiploma alsook het artsdiploma heeft behaald. Het werkterrein van de MKA-chirurg bevindt zich dan ook op het raakvlak van de tandheelkunde en de geneeskunde. Hij of zij is daarom ook verbonden aan een ziekenhuis. De MKA-chirurg is de specialist van het hoofd-halsgebied. Op [de](#)

⁵² <https://kwaliteitszorg.nl/grip-op-kwaliteitszorg/kwaliteitscyclus/>

[website](#) van de NVMKA staat een uitgebreidere omschrijving over het werkgebied van de MKA-chirurg.⁵³

Mondhygiënist

De mondhygiënist richt zich op preventie en mondverzorging om zo tandbederf en tandvleesaandoeningen te voorkomen én te bestrijden. Mondhygiënisten zijn werkzaam in een mondhygiënistenpraktijk of in een praktijk met andere mondzorgverleners. De mondhygiënist is voor iedereen vrij toegankelijk en adviseert bij mondverzorging en/of het voorkomen van tandbederf (cariës of gaatjes) en tandvleesaandoeningen. Ook voor het periodieke mondonderzoek (controle), het verwijderen van tandsteen en polijsten kun je een afspraak maken bij de mondhygiënist. Daarnaast is de mondhygiënist opgeleid voor het behandelen van gaatjes (boren) en geven van een verdoving. De mondhygiënist ondersteunt bij het gezond houden van de weefsels rondom implantaten en adviseert bij het schoonhouden van het gedeeltelijke en/of volledige kunstgebit.⁵⁴

Mondzorgverlener

Een mondzorgverlener is een natuurlijk persoon die beroepsmatig mondzorg verleent zoals omschreven in de Wkkgz. In deze Zorgstandaard beperkt het begrip zich tot de mondzorgverleners die staan opgenomen in de Wet BIG, waarbij sprake is van een beschermde 'beroeps- en/of opleidingstitel'.

Organisatie van Nederlandse Tandprothetici

De Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) is de enige beroepsvereniging voor Nederlandse tandprothetici. De ONT behartigt hun belangen. Zo staat de organisatie in nauw contact met de overheid, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overige mondzorgkoepels. De ONT zorgt er ook voor dat de leden hun vakkenis kunnen bijhouden en aanhaken bij nieuwe ontwikkelingen. De ONT streeft naar de allerbeste diensten voor mensen die tandprothetische zorg nodig hebben. De organisatie bevordert de professionaliteit van haar leden en de kwaliteit van hun werk.⁵⁵

Partiële gebitsprothese

Een uitneembare voorziening die slechts een deel van het gebit vervangt en wordt gebruikt als er nog (gedeeltelijk) eigen tanden aanwezig zijn.

Passende Zorg

Passende zorg is de aanpak om de zorg in Nederland voor iedereen kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij werken zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid samen om de zorg continu te verbeteren en af te stemmen op de behoeften van patiënten.

Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat de persoon centraal staat die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem voorop, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat. Patiënten en zorgverleners beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt.

⁵³ <https://www.nvmka.nl/patienteninformatie/wat-doet-een-kaakchirurg/>

⁵⁴ <https://www.mondhygienisten.nl/>

⁵⁵ <https://www.ont.nl/de-organisatie/over-de-ont>

Rebasing

Een aanpassing van een bestaande gebitsprothese waarbij de pasvorm wordt hersteld door het opvullen/vernieuwen van de basis.

Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is de zorgverlener die, wanneer de aard of complexiteit van de te verlenen zorg dat vereist, wordt aangewezen om de regie te voeren over het zorgproces. Dit wordt afgesproken door alle betrokken zorgverleners. De regiebehandelaar heeft de verantwoordelijkheid om de continuïteit en samenhang van de zorgverlening aan de cliënt te bewaken en waar nodig aanpassingen in de gezamenlijke behandeling in gang te zetten. Daarnaast zorgt de regiebehandelaar voor een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg tussen alle zorgverleners die bij de behandeling betrokken zijn. Ook ziet de regiebehandelaar er op toe dat er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling, zowel voor de cliënt als diens naasten. De regiebehandelaar hoeft niet zelf aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten.⁵⁶

Samen beslissen

Gezamenlijk proces waarin zorgverlener en patiënt de behandelopties bespreken en samen tot een keuze komen voor de uiteindelijke behandeling.

Tandarts

De tandarts onderzoekt, stelt diagnoses, formuleert behandelplannen en behandelt gebitten. De tandarts zorgt ervoor dat ziekten en afwijkingen aan het gebit zoveel mogelijk worden voorkomen. Daarnaast behandelt de tandarts ziekten en afwijkingen. Ook geeft de tandarts patiënten advies en uitleg over mondverzorging. Daarmee speelt de tandarts een belangrijke rol in het behoud van een gezonde mond en het voorkomen van tandheelkundige aandoeningen.⁵⁷

Tandarts-implantoloog

Een tandarts-implantoloog is een tandarts die zich heeft gespecialiseerd in het plaatsen van implantaten ter vervanging van één of meerdere tanden. Deze implantaten worden na het plaatsen voorzien van een implantaatkroon, implantaatbrug of kunst(klik)gebit. In principe is iedere tandarts of kaakchirurg bevoegd tot het plaatsen van [implantaten](#) indien hij hierin bekwaam is. Een NVOI-erkend implantoloog is een tandarts of kaakchirurg die zich gespecialiseerd heeft op het gebied van de implantologie. De NVOI is de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie, een wetenschappelijke vereniging die onder andere toeziet op de kwaliteit van de implantologie.

⁵⁶ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG 2022

<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/verantwoordelijkheidsverdeling>

⁵⁷ <https://www.allesoverhetgebit.nl/alles-over-de-tandartspraktijk/beroepen-in-de-tandheelkunde/tandarts>

Tandprotheticus

Een tandprotheticus is specialist op het gebied van het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van gebitsprothesen. Alle werkzaamheden van de tandprotheticus zijn primair gericht op het herstel van kauwvermogen, esthetiek en fonetiek. Dit betekent dat de tandprotheticus wordt geacht functieverlies te herkennen en adequaat te behandelen. Op grond van het bestaande Opleidingsbesluit dat is gebaseerd op artikel 34 van de Wet BIG mag de tandprotheticus zelfstandig een volledige conventionele gebitsprothese aanmeten, maken en plaatsen⁵⁸. Hiervoor is geen verwijzing van de tandarts nodig. Aan de hand van een (prothetische) anamnese is de tandprotheticus in staat een behandelplan op te stellen voor het gehele traject van het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van deze volledige gebitsprothese: van intakegesprek tot en met nazorg. Voor het aanmeten, maken en plaatsen van een niet-volledige en/of implantaatgedragen gebitsprothese op wortels of implantaten is wel een verwijzing van de tandarts of implantoloog nodig. Na een verwijzing van de tandarts of implantoloog mag een tandprotheticus, in overleg met de patiënt, zelfstandig verder werken aan een dergelijke gebitsprothese. De tandprotheticus valt als zorgverlener onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz).

Wet BIG

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) regelt de beroepen in de gezondheidszorg en beschermt patiënten tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van zorgverleners. Voor alle beroepen die in de Wet BIG zijn opgenomen, is sprake van een beschermde opleidings- en/of beroepstitel. De Wet BIG kent twee vormen van titelbescherming:

- *Beschermde opleidingstitel*
Alleen iemand die de daarvoor aangewezen opleiding heeft afgerond, mag de titel die bij het beroep hoort, gebruiken. Dus iemand mag zich bijvoorbeeld alleen tandprotheticus noemen als de juiste opleiding is gevolgd en afgerond.
- *Beschermde beroepstitel*
De beroepstitel mag alleen gebruikt door een persoon die de juiste opleiding heeft afgerond en in het BIG-register staat. Dus alleen met een geldige BIG-registratie als arts mag iemand zich arts noemen.

Het BIG-register is onderdeel van de wet en draagt via het tuchtrecht bij aan de bescherming patiënten tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van zorgverleners.

Wet DBA

De Wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties (Wet DBA) regelt de samenwerking tussen zzp'ers en opdrachtgevers en biedt duidelijkheid over wanneer sprake is van zelfstandig ondernemerschap. Volgens de Wet DBA zijn opdrachtgever en opdrachtnemer samen verantwoordelijk voor de arbeidsrelatie. Als iemand als zzp'er (zelfstandige zonder personeel) werkt, maar niet voldoet aan de voorwaarden voor het uitvoeren van een zelfstandige opdracht, dan heet dat schijnzelfstandigheid. De Belastingdienst heeft aangegeven strenger op te treden tegen schijnzelfstandigheid. Zo kan een

⁵⁸ Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus, te raadplegen via <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008882/1997-12-01>

opdrachtgever na een boekenonderzoek een naheffing krijgen. In de toekomst kan een opdrachtgever ook een boete krijgen.⁵⁹

WGBO

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt de juridische relatie tussen patiënten en zorgverleners. De wet stelt dat patiënten recht hebben op informatie over hun gezondheidstoestand en de voorgestelde behandeling, inclusief risico's en mogelijke alternatieven. Zorgverleners mogen alleen behandelen na toestemming van de patiënt en zijn verplicht een medisch dossier bij te houden, waarbij de patiënt recht op inzage in heeft.

Wkkgz

De Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) stelt eisen aan de kwaliteit van zorg en regelt hoe zorgaanbieders omgaan met klachten en incidenten. Het doel van deze wet is om de veiligheid en kwaliteit van zorg te waarborgen en continu te verbeteren. Zorginstellingen zijn verplicht om de kwaliteit van hun dienstverlening actief te bewaken en te verbeteren.

Zorgstandaard

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Niet alleen voor de inhoud van de zorg (zoals de behandeling of het voorschrijven van medicijnen) maar ook voor de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zowel zorgverleners, zorgverzekeraars én patiënten.

⁵⁹ <https://www.kvk.nl/wetten-en-regels/wet-dba-voorkom-schijnzelfstandigheid/>

Bijlage IV: Implementatie en onderhoud van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg

Na het verschijnen van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg zal een implementatie- en onderhoudsplan worden opgesteld om de Zorgstandaard van papier in de praktijk te brengen en het document actueel te houden. Hierbij kan worden gedacht aan het ontwikkelen en toevoegen van aanvullende zorgmodules gericht op specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld (niet limitatief):

- thuiswonende ouderen;
- mensen in verpleeghuizen;
- mensen in financieel kwetsbare posities;
- mensen met GGZ-problematiek, waaronder dementie;
- patiënten die een behandeling (hebben) ondergaan voor kanker.

Daarnaast kunnen als onderdeel van de Zorgstandaard ook praktische handreikingen worden geboden voor de uitvoering van bepaalde onderdelen uit het zorgproces. Te denken valt aan (niet limitatief):

- gestandaardiseerde dossiervoering;
- het voeren van oplossingsgerichte gesprekken;
- het opstellen van een mondzorgplan;
- protocollen voor toegeleiding van patiënten naar het mondzorgteam;
- samenwerkingsafspraken binnen het mondzorgteam.

De concrete uitwerking van dergelijke zorgmodules gericht op specifieke doelgroepen en handreikingen voor bepaalde zorgprocessen maken deel uit van de implementatie en het onderhoud van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg. De ontwikkelde aanvullende zorgmodules en handreikingen krijgen een plek in de webbased versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg, waarmee een levend document ontstaat dat praktische handvatten biedt voor de dagelijkse praktijk. Hierbij is sprake van een gelaagde opbouw die bestaat uit:

- de *Zorgstandaard Tandprothetische Zorg* als generieke basis voor het bieden van goede tandprothetische zorg;
- *aanvullende zorgmodules* als inhoudelijke verdieping van tandprothetische zorg gericht op specifieke doelgroepen;
- en *richtlijnen en hiervan afgeleide protocollen en handreikingen* als praktische handvatten voor de dagelijkse praktijk.

De bestaande werkgroep voor de herziening van de Zorgstandaard (zie bijlage I voor de huidige samenstelling van de werkgroep) zal worden gevraagd om het implementatieplan vorm te geven en periodiek te beoordelen of aanpassing cq uitbreiding van de Zorgstandaard nodig is. Daarbij worden alle relevante beroepsverenigingen, tandprothetici en patiëntvertegenwoordigers betrokken. De verwachting is dat de werkgroep in het najaar van 2025 kan beginnen met het opstellen van het implementatieplan.

Herziening van de inhoud van de zorgstandaard vindt eens per 5 jaar plaats of eerder indien gewenst. De volgende herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg wordt verwacht in het voorjaar van 2030.



Scan de QR-code of ga naar
www.ont.nl/zorgstandaard
voor de digitale versie

Zorgstandaard Tandprothetische Zorg

Herziene versie 2025