

De tandarts belastend voor het kind of het kind belastend voor de tandarts?

J.S.J. Veerkamp

Inleiding

Uit een recente enquête door de peilstations van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) blijkt dat de zorg voor het kindergebit de Nederlandse tandarts na aan het hart ligt. In grote lijnen beschouwt deze de behandeling van jonge kinderen als een uitdaging, maar ook als tijdrovend en belastend. Behoeft aan na- en bijscholing in de kindertandheelkunde bestaat er niet of nauwelijks (NMT, 1997). Oppervlakkig gezien wordt deze opvatting ondersteund door de conditie van het Nederlandse kindergebit. Vergeleken met de cariësprevalentie in andere Europese staten hoort die van de twaalfjarige kinderen in Nederland tot de laagste. Dat suggereert dat we met het huidige beleid op de goede weg zijn en dat het wellicht tijd is om opnieuw te beoordelen of er – naar Hollandse traditie – niet wat zuiniger met de middelen kan worden omgegaan. Een enkele verzekeringsmaatschappij heeft op dit beleid alvast een voor-sprong genomen (Huddleston Slater, 2000). Daarbij wordt echter uit het oog verloren dat de conditie van het gebit van het vijfjarige kind, het feitelijke melkgebit, ver achterblijft bij deze cijfers (Kalsbeek *et al*, 1994). Hetzelfde landelijk onderzoek geeft aan dat bijna 50% van de peuters gemiddeld drie caviteiten heeft en dat bovendien slechts 25% van deze caviteiten gerestaureerd is. Recentere onderzoeken geven aan dat de cijfers voor de – nog resterende – centra voor jeugd-tandheelkunde niet veel beter zijn, alleen het aantal gerestaureerde elementen is soms hoger (Kalsbeek en Poorterman, 1999). De gegevens suggereren niet alleen dat het beleid om het primaat voor de jeugdzorg bij de huistandarts te leggen opnieuw beoordeeld moet worden, maar ook dat de tandarts mogelijk meer tegen de zorg voor de jeugd opziet dan hij durft toe te geven. Aanvullend onderzoek hiernaar zou interessant zijn.

Van collectieve preventie naar individueel maatwerk

In het verleden heeft de deplorabele staat van het Nederlandse kindergebit geleid tot een aantal krachtige preventieve maatregelen. Deze maatregelen, zoals fluoridespoelen, Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (TGVO), groepsinstructies en het gebruik van fluoridetandpasta's hebben maximaal rendement op elfjarige leeftijd, omdat het blijvende gebit dan volledig is doorgebroken. Dan valt ook het eerste meetmoment van het volledige blijvende gebit in de TNO/NIPG-onderzoeken, de landelijke meetlat voor de conditie van het gebit van de Nederlandse

jeugd. De collectieve preventie in Nederland mag dan ook alleen als buitengewoon succesvol beschouwd worden voor het twaalfjarige kind. De gevolgen van dit succes zijn merkbaar: in een aantal grote steden wordt de inzet van tandheelkundige preventiemedewerkers, verantwoordelijk voor de voorlichting op scholen, teruggebracht en de budgetten verschoven naar andere meer actuele zaken (Veerkamp, 1999).

Parallel daaraan ontstaat in tandheelkundig Nederland een discussie over een meer inhoudelijk georiënteerde preventie (van collectief naar individueel), het vaststellen van een clustertarief voor de jeugd en taakdelegatie naar goedkopere krachten, met daarmee samenhangend verlaging of heroriëntatie van de budgetten voor de jeugdzorg. Al deze maatregelen hangen met elkaar samen en het gevaar dreigt dat de ene maatregel wordt ingevoerd zonder de consequenties voor het geheel te overzien. Het lijkt daarom zinvol de zaken nog eens op een rijtje te zetten.

Individuele preventie en identificatie van risicogroepen

Collectieve preventie is een relatief eenvoudig middel om grote effecten te realiseren. Naarmate de gezondheid van de grote groep toeneemt zal het relatieve effect van de collectieve maatregel afnemen. In het zakenleven is dit bekend als de '80/20-regel': met 20% inspanning kan 80% van het effect worden gerealiseerd. Om de laatste 20% effect te bereiken zal 80% inspanning geleverd moeten worden. Preventie van ziekten voorkomt lijden, maar maakt op deze manier de gezondheidszorg duurder (Van Maanen, 1999). In de gezondheidszorg kan de vergelijking positief beïnvloed worden door de risicogroepen beter te identificeren en de collectieve maatregel te vervangen door een gerichte individuele strategie.

Als collectieve preventie moet veranderen in individuele preventie, moeten de risicogroepen die cariës kunnen ontwikkelen dus geïdentificeerd kunnen worden. Reeds geruime tijd wordt daar onderzoek naar gedaan. Daarmee wordt impliciet door de tandheelkundige professe onderschreven dat tandbederf een individuele zaak is geworden, die met een therapie op maat bestreden moet worden. In het algemeen is de huidige cariësdagnostiek echter ontoereikend om risicogroepen vroegtijdig te identificeren, dus vóór het feitelijke ontstaan van cariës. Het enige middel dat rest, is de herkenning van groepen kinderen die veel cariës hebben en op grond daarvan een beleidslijn op te stellen. Als het mogelijk zou zijn om in globale zin een groep met een verhoogd individueel cariërisico te

Trefwoorden:

- Kindertandheelkunde
- Cariërisico

Uit de afdeling Pedodontologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie:
2 september 2000.

Adres:

Dr. J.S.J. Veerkamp
ACTA
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam

Tabel 1. De functie van cariëspreventie (CP) en cariësreductie (CR) in relatie tot angstpreventie (AP) en angstreductie (AR).

Therapie	Basiszorg (voor ieder kind)	Risicogroepen zorg		
		Peuters	Angst/Onbehandelbaar	Gehandicapt
Vroegdiagnostiek	CP	CP	CP	CP
Voorlichting/reiniging	CP/AP*	CP/AP*	CP/AP*	CP/AP*
Restauratieve zorg	CR/AR*	CR/AP*	CR/AR**	CR/AP**

* = door hulpkrachten

** = door gedifferentieerde kindertandartsen

benoemen, kan er een (ouderwetse) collectieve maatregel voor worden opgesteld, daargelaten of die individueel wordt uitgevoerd of niet.

Zonder in te gaan op het individuele profiel van een patiënt met een verhoogd cariësrisico, zijn op dit moment op grond van de epidemiologische gegevens en de evaluaties van de behandelingen op de centra voor bijzondere tandheelkunde de volgende zorggroepen te destilleren: 1. Peuters en kleuters met veel cariës. 2. Onbehandelbare/bange kinderen en 3. Kinderen met een (geestelijke) handicap.

De uitgangspunten voor de bepaling van deze risicogroepen zijn eenvoudig in de literatuur terug te vinden. Er bestaat een sterk verband tussen cariës en angst voor de tandarts (Milgrom *et al*, 1995). De grootste oorzaak van angst voor de tandarts is het werk van de tandarts zelf. Of dit nu komt omdat een kind te jong is om een tandheelkundige behandeling te overzien, psychologische problemen of een geestelijke handicap heeft, doet weinig ter zake. Het resultaat van de uitgevoerde curatieve zorg is een verhoogde kans op tandartsangst, de bijbehorende slechte behandelbaarheid en vermijding van bezoek aan de tandarts. Dankzij onder meer diezelfde twee factoren hebben deze groepen ook weer een verhoogde kans op nieuwe cariëslaesies en daarmee is de cirkel in feite al rond (Locker *et al*, 1996). Bovendien is cariës een van de weinige bekende epidemiologische voorspellers van tandbederf. Kinderen met cariës hebben een verhoogde kans dat er meer caviteiten worden gevonden bij röntgendiagnostiek en lijken bovendien een verhoogde kans te hebben om nieuwe caviteiten te ontwikkelen (Roeters, 1992; Weerheijm *et al*, 1999). We laten daarbij in het midden of dit veroorzaakt wordt door erfelijke factoren, een verlaagd zorgniveau, een gebrekkige motivatie tot gedragsverandering of onvermogen tot adequate zelfzorg (Potgens, 1998). Bij al deze genoemde risicogroepen spelen een of meer van genoemde aspecten een rol.

Therapie bij risicogroepen

Zolang we niet weten welk mechanisme uiteindelijk verantwoordelijk is voor het in stand houden van het cariësprobleem, is het zaak zo vroeg mogelijk te identificeren of een kind in één van de drie groepen dreigt te vallen en te besluiten of de bijbehorende preventieve maatregelen moeten worden genomen. Die maatregelen

zijn niet ingewikkeld. Al jaren weet de professie wat er nodig is: 1. Vroegdiagnostiek; 2. Verhoogde aandacht (instructie, voorlichting); 3. Professionele reiniging (polijsten, applicaties) en 4. Restauratieve zorg waar nodig.

Een bijkomend voordeel van deze preventieve behandelingen is bovendien dat ze ook prima werken om angst voor de tandarts onder controle te houden. Vroegtijdige preventieve zorg laat het kind wennen aan de tandarts, waardoor een incidentele curatieve ingreep minder snel als bedreigend ervaren zal worden (Davey, 1989). Regelmatig onderhoud aan het gebit van bange kinderen zal ervoor zorgen dat ze niet angstiger worden of hun angst beter onder controle houden (Murray *et al*, 1989). Bij kinderen die de capaciteiten missen om te leren omgaan met restauratieve zorg moeten we juist zorgen dat er nooit restauratieve zorg nodig is (Van Grunsven, 1995).

Wie doet wat bij de risicogroepen?

De vier bovengenoemde maatregelen zijn een noodzaak bij alle risicogroepen, maar de reden waarom en door wie ze uitgevoerd moeten worden, kunnen verschillen.

Bij de eerste risicogroep (peuters en kleuters) kan (beginnende) cariës al snel worden vastgesteld. Een pijnloze, aan de capaciteiten van het kind aangepaste behandeling is dan geboden, gevolgd door een fase waarin regelmatig aandacht aan ouder en kind wordt besteed ter preventie van hernieuwde cariës en de bijbehorende tandartsangst.

De tweede risicogroep wordt in de regel iets later geïdentificeerd: kinderen met angst voor de tandarts. Als de angst gesignaleerd wordt, is een curatieve behandeling vaak al vastgelopen. In de regel kan gekozen worden voor een stapsgewijze gewenning, die zich meestal laat combineren met het gebitsherstel. Er moet dan aansluitend een nazorgtraject worden gecreëerd dat in het teken staat van de preventie; cariëspreventie ligt in eerste instantie in handen van de patiënt (vergroten van de zelfzorg), de supervisie daarvan en de angstpreventie bij de tandarts.

Voor de derde risicogroep (gehandicapt) geldt met nog grotere nadruk dat voorkomen beter is dan genezen. Als kinderen de geestelijke capaciteiten missen om een tandheelkundige behandeling te overzien, kunnen langdurige of blijvende tandartsangst en onbehandelbaarheid het gevolg zijn. Regelmatige zorg door een vast tandheelkundig team dat vertrouwen en veiligheid uitstraalt, houdt het gebit in meerdere opzichten in optimale conditie. Elke negatieve ervaring die iemand met beperkte vermogens heeft aangeleerd, zal niet meer worden afgeleerd.

Voor alle drie de groepen geldt het grote belang van vroegdiagnostiek; hoe eerder het kind te maken krijgt met een tandheelkundig team, des te sneller kan cariës in een vroeg stadium gesignaleerd worden en progressie worden tegengegaan. Zo kan worden voorkomen dat een kind in een risicogroep belandt (groep 2, angst), kan gezorgd worden dat het er na begeleiding

weer uitkomt (groep 1, kleuters met cariës) of kan het er zo goed mogelijk in worden begeleid (groep 3, gehandicapten).

De zorg dreigt vast te lopen

Aan tandartsen worden steeds hogere eisen gesteld. Patiënten worden mondiger en de tandarts is genoodzaakt steeds meer van zijn behandelingen toe te lichten, uit te leggen of soms zelfs te verdedigen tegen ouders die werkelijk het onmogelijke lijken te kunnen vragen. Ouders willen graag een tandarts voor hun kinderen die vriendelijk en geduldig is en de tijd neemt. Korte antwoorden op vragen over vermeend achterstallig onderhoud of vooroordelen over het melkgebit zijn niet meer afdoende. Dit alles maakt de zorg zeker interessanter, maar veroorzaakt ook extra tijdsdruk.

Aan de andere kant verwacht een tandarts dat de ouder het kind goed heeft voorbereid op het bezoek aan de tandarts, zodat hij snel ter zake kan komen. Een recente inventarisatie geeft aan dat ruim de helft van de ouders moeite heeft met het tandenpoetsen van hun jonge kind (De Groot en Veerkamp, 2000). Mag dan van de tandarts verwacht worden dat eventuele restauratieve zorg wel uitvoerbaar is?

Het stijgend tekort aan tandartsen betekent voor de tandarts een toenemende patiëntendruk. De verschuiving van collectieve preventie naar individuele zorg op maat zal daarentegen juist resulteren in extra stoeltijd voor de tandarts. De risicogroepen hebben extra tijd nodig en zijn het meest kwetsbaar in dit perspectief. Waar nu al een zorgachterstand bestaat, zal wellicht een situatie ontstaan waar de tandarts alleen nog maar tijd heeft voor 'supervised neglect' en de behandeling van pijnklachten. En dat zijn juist de behandelingen die een enorme indruk op een kind kunnen maken en mede verantwoordelijk zijn voor het ontstaan en in stand houden van tandartsangst (Fiset *et al.*, 1989).

De rol van taakdelegatie

De extra aandacht die gegeven moet worden aan de risicogroepen bestaat voor het merendeel uit eenvoudige of relatief eenvoudige taken die de tandarts moet kunnen delegeren. In tabel 1 staat aangegeven welke handelingen bij welke groepen daarvoor in aanmerking komen. Sommige onderdelen van de cariëspreventie (CP) hebben rechtstreeks invloed op de preventie van angst (AP). Omgaan met tandartsangst is gebaseerd op het voorkómen van een curatieve behandeling of het geleidelijk ermee leren omgaan. Vooral de professionele gebitsreiniging is de eerste stap om een kind te leren omgaan met tandheelkundige zorg. Behandeling van cariës (cariësreductie, CR) kan angstreducerend (AR) werken als een patiënt de capaciteiten heeft om dit te leren. Voor de gehandicapte patiënt geldt vooral het voorkómen van angst, omdat ze de capaciteiten missen voor geleidelijke gewinning. Voor de andere risicogroepen geldt veel meer dat we ze altijd achteraf nog kunnen leren omgaan met de tandarts, als een curatieve behandeling achteraf is tegengevallen.

Uitgangspunt van deze vorm van spreiding van het werk is dat de tandarts meer tijd overhoudt voor zijn kernactiviteiten en daardoor effectief in staat is de kwaliteit van de zorg op een hoger niveau te brengen. Het startpunt van deze discussie was immers een verbetering van het zorgniveau op een moment dat er te weinig menskracht is om dit te bereiken.

In tabel 1 is een extra kolom toegevoegd voor de reguliere basis-

zorg in de kindertandheelkunde. Hierin is duidelijk te zien waar mijns inziens de diagnostiek in handen van de tandarts dient te blijven en welke tijdovende maar simpele onderdelen in handen van getrainde hulpkrachten gelegd kunnen worden. Soms kan een getrainde hulpkracht die onderdelen met veel meer enthousiasme overbrengen en zo de patiënt meer motiveren dan de tandarts zelf ooit voor mogelijk had gehouden. Om bij deze taakverdeling inhoudelijke sturing en terugkoppeling mogelijk te maken zonder dat de structuur nodeloos duur wordt, is het noodzakelijk dat de tandarts en de in te schakelen hulpkracht op dezelfde locatie werkzaam zijn en gelijktijdig werken. Een probleem hierbij is ongetwijfeld dat 70% van de tandartsen op dit moment in een solopraktijk werkzaam is.

Het is goed voorstelbaar dat tandartsen de zorg voor bepaalde groepen onbehandelbare of gehandicapte kinderen graag uit handen geven aan een meer gedifferentieerde collega, die tijdovende handelingen kan delegeren aan getrainde hulpkrachten. Uitgangspunt bij dit alles blijft natuurlijk dat het primaat bij de huistandarts hoort te liggen, mits die het enthousiasme en het inzicht toont om de uitdaging op te pakken.

Kosten

Het uitgangspunt van de jeugdzorg is altijd maximale toegankelijkheid geweest. Om die toegankelijkheid te verhogen is recentelijk de eigen bijdrage voor kinderen boven de dertien jaar ingetrokken. Het uniforme particuliere tarief (UPT) geeft de tandarts een afdoende financiële vergoeding voor de jeugdzorg. Natuurlijk is het UPT gebaseerd op gemiddelden en geeft het geen antwoord op een slechte behandelbaarheid die een kind – om meerdere redenen – kan vertonen. In dit geval kan een beroep worden gedaan op het tijdstarief (uurtarief bijzondere tandheelkunde, U10) voor een deel van of voor de volledige behandeling. Verandering van deze structuur lijkt niet aangewezen. Een eenmalige inhaalslag om de caviteiten van alle vijfjarige kinderen te restaureren is uit het huidige budget makkelijk te financieren. De mankracht om dit werk uit te voeren ontbreekt echter. Het lijkt aangewezen dat die snel gecreëerd moet worden door middel van het opleiden van hulpkrachten en gedifferentieerde kindertandartsen voor de rugdekking bij moeilijk behandelbare gevallen. Bij alle uit te voeren maatregelen is vroegdiagnostiek van het grootste belang. De hulp van röntgenfoto's is daarbij onmisbaar.

Bovengenoemde vereist natuurlijk een zorgvuldige afweging van de financiën binnen de jeugdzorg. De uitbreiding van de individuele preventieve en restauratieve zorg zal vooralsnog niet leiden tot de gehoopte kostenbesparing. Aan de andere kant zal het zo ongeveer de eerste keer kunnen zijn dat het budget voor de jeugd volledig gebruikt wordt, zodat een elders wel gesuggereerde voortijdige toewijzing van de voor de jeugd gereserveerde financiële middelen aan andere sectoren van de tandheelkunde ten zeerste afgeraden dient te worden (Huddleston Slater, 2000).

Conclusies

Er bestaat nog steeds een behandelingsachterstand bij een deel van de Nederlandse kinderen: de risicogroepen. Deze zijn in te delen op basis van aanwezige cariës. De risicogroepen zijn adequaat op te vangen binnen het budget voor kindertandheelkunde, mits tijdig gekozen wordt voor een efficiënte aanpak. Vroegdiagnostiek en taakdelegatie zijn hierbij de sleutelwoorden. Alleen taakdelegatie

maakt individuele preventie uitvoerbaar en moet niet uitgevoerd worden om kostenbesparing te bewerkstelligen, maar veel eerder vanwege de broodnodige kwaliteitsverbetering.

Literatuur

- DAVEY GL. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther* 1989; 27(1): 51-58.
- FISET L, MILGROM P, WEINSTEIN P. Common fears and their relationship to dental fear and utilisation of the dentist. *Anaesth Prog* 1989; 36: 258-264.
- GROOT M DE, VEERKAMP JSJ. Onderzoek naar tandenpoetsgedrag van peuters. Onderzoekverslag ACTA Opleiding Kindertandheelkunde mei 2000. Amsterdam: Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, 2000.
- GRUNSVEN MF VAN. Tandheelkundige zorg voor gehandicapte kinderen. In: Advokaat JGA, red. Kindertandheelkunde. Houten: Samsom Stafleu, 1993
- HUDDLESTON SLATER J. Fluorideapplicatie weloverwogen toepassen. *Ned tandartsenblad* 2000; 55(5): 206-208.
- KALSBEER H, EYKMAN MAJ, VERRIPS GH ET AL. Tandheelkundige hulp jeugdige verzekerden ziekenfondsverzekering (TJZ). Een onderzoek naar mondgezondheid na effectuering van het besluit TJZ. Den Haag: TNO/NIPG, 1994.
- KALSBEER H, POORTERMAN JHG. Evaluatie Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging 1992-98. TNO-rapport PG/JGD/99.027. Leiden: TNO, 1999.
- LOCKER D, SHAPIRO D, LIDDELL A. Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Health* 1996; 13: 86-92.
- MAANEN H VAN. Voorkomen is duurder dan genezen. Amsterdam: Boom/Belvedere, 1999.
- MILGROM, P, MANCL L, KING B, WEINSTEIN P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther* 1995; 33: 313-319.
- MURRAY P, LIDDELL A, DONOHUE J. A longitudinal study of the contribution of dental experience to dental anxiety in children between 9 and 12 years of age. *J Behav Med* 1989; 12: 309-321.
- NMT AFDELING ONDERZOEK & INFORMATIEVOORZIENING. Omnibus-enquête 1997: Tandheelkundige zorgverlening aan jonge kinderen. Nieuwegein: NMT, 1997.
- POTGENS N. Met je mond vol tanden, de mondgezondheid van de jeugd in de regio West Utrecht 1993-98. Utrecht: GGD West-Utrecht, 1998;
- ROETERS FJM. Prediction of future caries development in preschool children. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992. Academisch proefschrift.
- VEERKAMP JSJ. Met je mond vol tanden. *Ned Tandartsenblad* 1999; 54 (2): 51.
- WEERHEIJM KL, VEERKAMP JSJ, GROEN HJ, ZWARTS LM. Evaluation of the experiences of fearful children at a special dental care centre. *ASDC J Dent Child* 1999; 66(4): 253-258.