

Preventie een kwestie van samenwerken

Samenvatting van de inaugurale rede uitgesproken door prof. dr. C. van Loveren bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Preventieve Tandheelkunde aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, vanwege het Ivoren Kruis, Nederlandse Vereniging voor Mond- en Tandhygiëne.

Loveren C van. Preventie een kwestie van samenwerken

Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 93-94

Sinds eind jaren '60 van de vorige eeuw is de gebitstoestand van de Nederlander enorm verbeterd. Een veranderde houding ten opzichte van het gebit, waardoor de kwaliteit van zelfzorg verbeterde en het gebruik van fluoridetandpasta steeg van 0 tot circa 95%, is een belangrijke oorzaak van deze verbetering. Er zijn echter ook risicogroepen waarbij preventie – adequate zelfzorg - niet lukt. Dit kan zijn omdat men onvoldoende gemotiveerd is of omdat men niet in staat is tot adequate mondhygiëne, bijvoorbeeld vanwege een handicap of omdat men zorgafhankelijk is geworden. Dit laatste probleem zal toenemen met de vergrijzing in Nederland. Wat is het tandheelkundige toekomstperspectief van de risicogroepen?

Wat collectieve preventie betreft, komen de huidige risicogroepen er bekaaid af. Er gebeurt iets op de consultatiebureaus en tijdens de periodieke geneeskundige onderzoeken op school. Maar de tijd en de frequentie zijn uiteraard beperkt, want er zijn zoveel andere problemen. Gemeenten, verantwoordelijk voor de collectieve preventie voor de jeugd van 4 tot 18 jaar, stellen hiervoor landelijk gezien minder dan 3 minuten tijd per schoolklas beschikbaar en de omvang neemt jaar op jaar af. Collectieve preventie voor andere doelgroepen dan de jeugd bestaat nauwelijks. Wie stimuleert het personeel in verzorgings- en verpleeghuizen om adequate zorg te geven? Het zou de tandheelkunde sieren als zij hier verantwoordelijkheid voor nam. De tandheelkundige collectieve preventie zal in de toekomst moeten samenwerken met andere gezondheidsprogramma's zodat van elkaars expertises en mogelijkheden kan worden geprofiteerd.

Gezien de beperkte mogelijkheden van de collectieve preventie en het feit dat er op korte termijn geen grote tovermiddelen of -drankjes zijn te verwachten, zal de tandheelkundige preventie een nog belangrijkere taak van tandartsen-algemeen practici en hun medewerkers worden. Recente publicaties laten zien dat als maar meer professionele doe-preventie niet evenredig meer succes oplevert. De algemene opvatting onder de Europese 'preventici' is dat deze programma's onvoldoende de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en daarmee de zelfzorg te stimuleren

Wil de preventieve tandheelkunde meer bereiken dan tot

nu toe, dan moet samenwerking met de doelgroep centraal staan om zelfzorg en mantelzorg te stimuleren. Alle partijen die invloed hebben op het gedrag van de patiënten dienen samen te werken. Het Ivoren Kruis stopt er veel energie in om partners in de preventieve tandheelkunde te binden.

Om zelfzorg beter te stimuleren lijkt een systematische aanpak van de preventie nodig. Als mogelijkheid hiertoe heeft het Adviescollege Preventie Tand- en Mondziekten van het Ivoren Kruis voorgesteld in ieder geval tot het 18^e levensjaar op bepaalde tijden bezinningsmomenten in te lassen. Op een bezinningsmoment wordt de gehele gebitsituatie opnieuw beoordeeld en worden alle bestaande (voor)oordelen opnieuw gewogen. Geëvalueerd wordt of de zelfzorg in de voorafgaande periode adequaat is geweest en er wordt een plan opgesteld voor de volgende periode waarbij de bedreigingen voor het gebit uitdrukkelijk worden besproken.

In de Nexø-systematiek wordt op een eenvoudige wijze het risico bepaald, waarbij motivatie voor gebitsverzorging en het meest recente cariësverleden een belangrijke rol spelen. Het gescoorde risico bepaalt het controle-interval voor de patiënt. Tijdens de bezoeken wordt vooral aandacht besteed aan het begrijpen van factoren die mondgezondheid bepalen en aan het adequaat reinigen van het gebit. Evaluatie van het systeem toont aan dat het mogelijk is om met 'samen doen preventie' mondgezondheid meer te bevorderen dan met professionele doe-preventie. Een dergelijke aanpak hoeft zeker niet tot de jeugd te worden beperkt en zou ook voor ouderen kunnen worden ingevoerd. We kunnen de oudere patiënt een periodieke inventarisatie van mondgezondheidsrisico's aanbieden opdat op tijd een preventief zorgplan kan worden opgesteld voor zelfzorg en mantelzorg.

De huidige opleiding is misschien teveel medisch-biologisch georiënteerd, waardoor vwo-scholieren met veel affiniteit om gedragswetenschappelijke technieken in de praktijk te brengen, geen tandheelkunde kunnen studeren omdat ze niet het juiste vwo-profiel hebben. De tandheelkundige opleidingen zouden zich erop moeten bezinnen om de opleiding toegankelijk te maken voor andere vwo-profielen dan de nu verplichte. Binnen de opleiding zou meer differenti-



Prof. dr. C. van Loveren.

atie moeten worden aangebracht op basis van het vakgebied waarin de student deskundigheid wil ontwikkelen. Zo zou het mogelijk moeten zijn af te studeren als tandarts-gedragswetenschapper, tandarts-(medisch)bioloog, tandarts met verdieping in de tandheelkundige medische interacties en tandarts-chemicus, -fysicus of -materiaalkundige, waarbij de klinische vaardigheden door iedereen goed worden beheerst. In het postacademische traject kunnen nieuwe ontwikkelingen dan beter en sneller en meer afgestemd op de tandheelkundige praktijk worden ingepast. Wetenschappelijke informatie zal sneller doorsijpelen naar de algemene praktijk en wat belangrijker is: informatie die, zoals nieuwe gedragswetenschappelijke technieken om patiënten te motiveren, niet direct om te zetten is in een commercieel product, krijgt een kans in de praktijk terecht te komen.

Belangrijk voor de toekomst is dat de tandheelkunde zich meer profileert als wetenschap en de tandarts als wetenschapper. Belangrijk instrumenten hiervoor zijn de Pico-vraag, 'clinical decision making' en evaluatie van het eigen werk. Pico staat voor Problem (probleem), Interventie (interventie), Comparison (vergelijking) en Outcome (uitkomst), en dwingt de tandarts heel concreet te formuleren waarom hij

bepaalde behandelingen doet of bepaalde adviezen geeft. Een belangrijk gevolg van het Pico-systeem is dat de klinicus onderzoekers duidelijk laat weten waaraan in de kliniek behoefte bestaat. Voorbeelden van door de preventieve praktijk gegenereerde wetenschappelijke vragen die kunnen bijdragen aan de onderzoeksagenda, zijn: 1. Is de hoeveelheid tandpasta belangrijk? Deze vraag is relevant omdat bij sommige elektrische tandenborstels minder tandpasta wordt gebruikt. 2. Wat is het optimale aantal fluoridemomenten op een dag? 3. Hoe kunnen we producten screenen opdat er een evidence-based basis is voor een Ivoren-Kruismerk? 4. Is het Nexømodel haalbaar in Nederland?

Elk moment dat besloten wordt om te behandelen, betekent een volgende stap in de restauratiecyclus en biedt risico van verdergaand verval en uiteindelijk verlies van het gebits-element. Het is dus belangrijk steeds en zeker bij twijfel de juiste beslissing te nemen. Elke volgende behandeling in de restauratiecyclus is alleen mogelijk als de vorige behandeling mislukte en de hele restauratiecyclus begint eigenlijk met het mislukken van preventie. Preventie mislukt dus in absolute zin het vaakst, daarna eerste restauraties en zo verder.

Preventie en eerste restauraties worden verplaatst van de tandarts naar de mondhygiënist. Het is verontrustend dat dit niet gebeurt in een structuur die kwaliteitsverbetering waarborgt. Het is ook verontrustend dat de mondhygiënist, die bij uitstek werd opgeleid voor de preventie, nu restauratief moet gaan denken en werken en gaat ervaren dat het uitvoeren van restauratief werk ook wel heel erg leuk is. Preventie wordt hierdoor bedreigd en de kans is groot dat de preventie, zoals Backer Dirks - hoogleraar preventieve tandheelkunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht van 1965 tot 1982 - regelmatig opmerkte, weer het best bewaarde geheim in de tandheelkunde wordt. Gelukkig zijn er vanuit de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten initiatieven om de bijdrage van de mondhygiënist aan primaire preventie te bevorderen en te voorzien van de juiste randvoorwaarden.

Het Ivoren Kruis ondersteunt de tandheelkundige beroepsgroep met preventieve adviezen (www.ivorenkruis.nl). Voorheen was het gezag van het Ivoren Kruis voldoende om de adviezen geaccepteerd te krijgen. Die tijd is voorbij en de adviezen van het Ivoren Kruis zijn tegenwoordig waar mogelijk voorzien van een merkteken (A, B of C) dat inzicht geeft in de wetenschappelijke waarde van het advies. In het advies zelf komen de maatregelen met de beste wetenschappelijke onderbouwing voorop in volgorde van effectiviteit en uitvoerbaarheid. Vervolgens worden alternatieve maatregelen voorgesteld, voor het geval de eerste optie onvoldoende resultaat geeft. Deze volgende adviezen blijken in het algemeen minder wetenschappelijke steun te vinden. Als men deze systematiek volgt voor de preventieve adviezen dan blijkt dat de eerste en dus meest evidence-based adviezen over het algemeen gebaseerd zijn op zelfzorg en dat de professionele doe-preventie pas is geïndiceerd als zelfzorg mislukt. Het op orde brengen van de zelfzorg is en blijft altijd de belangrijkste preventieve taak van de professional.