

# Bespiegelingen over verantwoordelijkheid in de mondzorg

De studie tandheelkunde is uitgebreid tot 6 jaar om onder andere de verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor de eerstelijnsmondzorg in een brede medische context. Het is de taak van de opleidingen tandheelkunde deze doelstelling te realiseren. Een tandarts-nieuwe stijl dient alle (peri-)orale aandoeningen en orale symptomen van systemische ziekten te (her)kennen en mondzorg te kunnen verlenen aan medisch gecompromitteerden. Het accepteren van deze verantwoordelijkheid is noodzakelijk om van de tandheelkunde mondzorg te maken en om tandartsen op te waarderen tot mondartsen.

Slootweg PJ, Baat C de. *Bespiegelingen over verantwoordelijkheid in de mondzorg* Ned Tijdschr Tandheelkd 2012; 119: 233-235  
doi: 10.5177/ntvt.2012.05.11261

## Inleiding

Het in 2006 verschenen rapport van de Commissie Innovatie Mondzorg beschrijft uitvoerig de taken die rusten op de schouders van hedendaagse tandartsen (Commissie Innovatie Mondzorg, 2006). Om hen tot het behartigen van deze taken toe te rusten, kwam de Commissie met het advies de opleiding tot tandarts met 1 jaar uit te breiden en te vernieuwen. In het rapport wordt een aantal te verwerven competenties beschreven, waaronder het *"vaststellen en bevorderen van de mondgezondheid"*. In een verdere detailering hiervan wordt niet alleen aandacht gegeven aan de diagnostiek en de behandeling van het gebit en de omliggende weefsels, maar ook aan het leggen van relaties tussen aandoeningen in het orofaciale systeem en de algemene gezondheid. Het is de vraag of de Commissie zich de reikwijdte van deze doelstelling heeft gerealiseerd en of de opleidingen tandheelkunde in staat zijn toekomstige tandartsen op te leiden tot de beoogde breedgeoriënteerde zorgverleners in de eerstelijns van de gezondheidszorg.

### Casus 1

Een 11-jarige jongen werd door zijn tandarts verwezen naar een mond-, kaak- en aangezichtschirurg voor behandeling van een cyste in de linker helft van de mandibula. Twee jaar tevoren was bij hem eenzelfde aandoening uit het rechter deel van de mandibula verwijderd. In beide gevallen luidde, na histopathologisch onderzoek van het verwijderde weefsel, de diagnose: odontogene keratocyste. Noch de verwijzende tandarts, noch de mond-, kaak- en aangezichtschirurg had zich gerealiseerd dat de aanwezigheid van multipole keratocysten onderdeel kan zijn van het syndroom van Gorlin-Goltz en dat dit aanleiding moet vormen voor het verrichten van genetisch onderzoek om deze mogelijkheid te bevestigen, dan wel uit te sluiten.

### Casus 2

Een 53-jarige vrouw die in het verleden was behandeld voor een mammacarcinoom meldde zich bij haar tandarts met pijnklachten in het gebied van het temporomandibulaire gewricht. Pas na een langere periode van vruchteloze conservatieve behandeling kwam de voor de klachten verantwoordelijke metastase van het mammacarcinoom in het caput mandibulae aan het licht. Aan een eventuele relatie tussen een in het verleden behandelde maligniteit en de huidige klachten was bij de initiële diagnostiek niet gedacht.

### Casus 3

Een 86-jarige vitale vrouw werd door haar huisarts voor onderzoek verwezen naar een tandarts. Twee dagen daarvoor had zij gedurende enkele uren heftige pijn in de linker helft van haar edentate mandibula ervaren. Na uitgebreid klinisch onderzoek, röntgenonderzoek en functieonderzoek kon de tandarts geen oorzaak voor de pijn vaststellen. Een week later kwam de vrouw terug, nu met de klacht dat zij de dag daarvoor gedurende ongeveer 2 uren minder heftige pijn in zowel de linker als de rechter helft van de mandibula had gehad. De tandarts besloot haar te verwijzen naar de kliniek van een naburige opleiding tandheelkunde. Hier werd door de geconsulteerde tandarts-geriatrie gedacht aan een doorgemaakt myocardinfarct. Deze werkdiagnose bleek juist na raadpleging van eerst een geriater en vervolgens een cardioloog.

## Beschouwing

Een belangrijk uitgangspunt voor de recente verlenging van de studie tandheelkunde van 5 tot 6 jaar is de opvatting dat tandartsen in staat behoren te zijn de mondzorg te beoefenen in een brede medische context en uit dien hoofde moeten worden opgeleid tot het dragen van de verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid die zich niet beperkt tot de zorg voor behoud of herstel van kauwvermogen en esthetiek. De noodzaak hiertoe wordt geïllustreerd door de 3 in dit artikel kort geschetste casussen waarin het verband tussen orale klachten en algemene gezondheid niet direct in de overwegingen werd betrokken. Het is nu de taak van de opleidingen tandheelkunde deze doelstelling te realiseren in een hanteerbaar onderwijscurriculum waarin de leerdoelen en de leermiddelen duidelijk worden gedefinieerd.

Om toekomstige tandartsen in staat te stellen de toegekende verantwoordelijkheid in de vorm van integrale mondzorg in de eerstelijns van de gezondheidszorg waar te maken, behoren in een dergelijk curriculum verschillende deelgebieden aan de orde te komen. In de eerste plaats

dient een tandarts-nieuwe stijl, of wellicht liever mondarts genoemd, op de hoogte te zijn van alle aandoeningen die in en rond de mond worden aangetroffen. In de tweede plaats moet hij in staat zijn orale symptomen van systemische ziekten te herkennen en in de derde plaats behoort hij ook in staat te zijn mondzorg te verlenen aan patiënten van wie de algemene gezondheid bijzondere maatregelen vereist.

Op deze laatste doelstelling wordt tot op heden de meeste nadruk gelegd: normale mondzorg voor niet-alledaagse patiënten, waarvoor veelal de term ‘tandheelkunde bij medisch gecompromitteerde patiënten’ wordt gebezigd. Hiermee is echter maar 1 van de doelstellingen van de zesjarige opleiding gedekt, die bovendien het gemakkelijkst te verwezenlijken lijkt. Voor deze vorm van zorgverlening volstaan grotendeels de gangbare kennis en vaardigheden en het enige dat eraan wordt toegevoegd, is een goede communicatie met andere zorgverleners, het treffen van noodzakelijke voor- of nazorg en het eventueel aanpassen van de indicatiestelling. De tandarts blijft de ‘doener’, terwijl alleen de omstandigheden waaronder wordt gewerkt iets gecompliceerder kunnen zijn. Maar als hiervoor goede, liefst op wetenschappelijk bewijs gefundeerde richtlijnen en protocollen worden ontwikkeld, hoeft dit niet al te veel problemen op te leveren.

Veel lastiger is het verwezenlijken van beide andere doelstellingen: ontwikkelen en toepassen van de vaardigheden die vereist zijn voor diagnostiek van orale afwijkingen, lokaal of als uiting van een onderliggend meer algemeen gezondheidsprobleem. Het aantal afwijkingen in en rond de mond is immens groot en omvat vele ziekte-categorieën. Daarbij komt nog dat het merendeel ervan vrij zeldzaam is, zodat de kans dat een tandarts de meeste afwijkingen zelden of nooit zal zien, groot is. Beide aspecten, grote variëteit aan afwijkingen en lage incidentie, motiveren niet tot het geven van veel ruimte aan onderwijs op dit gebied in een toch al overvol curriculum waarvan de omvang door bij wet vastgelegde regels wordt beperkt. Deze doelstellingen stuiten dus op een probleem. Als vanwege de geschetste overwegingen in het curriculum tandheelkunde weinig aandacht wordt gegeven aan breed en grondig onderwijs in het herkennen van orale symptomen en veranderingen, dringt zich de niet te vermijden vraag op welke discipline hiervoor dan wel verantwoordelijk is. Wie neemt deze eerstelijnszorg op zich als tandartsen onvoldoende zijn opgeleid om orale symptomen en afwijkingen te herkennen, om een differentiële diagnostiek op te stellen en om verder beleid uit te stippelen? De zorgverlening valt niet af te schuiven op huisartsen. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten is gebleken dat in de curricula geneeskunde niet of nauwelijks aandacht wordt besteed aan de mond (Ferullo et al, 2011). Naar ervaringen van de auteurs van dit artikel is het in Nederland niet anders. De opleidingen tandheelkunde zullen dit probleem dus zelf moeten oplossen en de claim dat de tandartsen die straks door de 6-jarige opleiding zullen worden afgeleverd, in staat zijn de eerstelijnsmondzorg in volle omvang te verlenen, verplicht ook daartoe.

Het is daarom de taak van de opleidingen tandheelkunde bij de verdere ontwikkeling van het nieuwe 6-jarige curriculum na te denken over de wijze waarop tandartsen hun spilfunctie in de mondzorg niet alleen in de zorg voor medisch gecompromitteerde patiënten, maar ook op diagnostisch terrein kunnen waarmaken zodat situaties zoals in de beschreven casussen niet meer voorkomen. Gedachten over een mogelijke oplossing staan in een recent redactioneel bericht van het tijdschrift *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* (Edwards, 2011). Zonder elk detail onverkort op de Nederlandse situatie van toepassing te verklaren, is de inhoud ervan meer dan lezenswaardig. Een belangrijke passage uit dit bericht is in intermezzo 1 vrij vertaald.

Ook in een ingezonden brief aan hetzelfde tijdschrift wordt aandacht voor dit onderwerp gevraagd (Giddon en Howell, 2011). Hierin pleiten de auteurs ervoor dat de Amerikaanse tandheelkundige specialisten zich profileren als mondartsen. Deze tandheelkundige specialisten zijn zorgverleners die beschikken over competenties die vergelijkbaar zijn met de competenties van gedifferentieerde tandartsen in Nederland, zoals parodontologen, endodontologen, pedodontologen en gerodontologen.

In beide geschriften wordt een ideaalbeeld geschetst van een tandarts die zijn rol in de eerstelijnsmondzorg een brede invulling geeft. Misschien te breed in de opvatting van sommigen, maar dat neemt niet weg dat de achterliggende vraag helder is: wie diagnosticeert mondziekten, ook de zeldzame, als tandartsen het niet doen of door een ontoereikende opleiding niet kunnen? Op de schouders van de ontwerpers van de nieuwe curricula van de 3 opleidingen tandheelkunde in Nederland rust de taak de studenten voor deze nieuwe rol in de mondzorg voldoende toe te rusten. Dat is een lastige taak, maar ook een taak die noodzakelijk is om van de tandheelkunde mondzorg in de

#### Intermezzo 1

“Zoals de huisarts de poortwachter is voor de algemeen medische zorg, hoort de tandarts dat te zijn voor de mondzorg. Dit betekent niet dat de tandarts in staat moet zijn elke denkbeeldige aandoening die zich in de mond maar zou kunnen voordoen, te herkennen en te behandelen. Het betekent daarentegen wel dat de tandarts in staat moet zijn tot het opstellen van een differentiële diagnose en weet wat gedaan moet worden om van een differentiële diagnose tot een definitieve diagnose te komen. Afwijkingen van slijmvlies en weke delen worden zelfstandig door hem behandeld en als voor het stellen van een definitieve diagnose van afwijkingen van de gingiva, de alveolaire mucosa of het wanglijmvlies een biopsie is vereist, hoort dat even alledaags te zijn als het restaureren van een gebitselement. Verwijzing naar de huisarts is geen punt van overweging gezien het ontbreken van elke meerwaarde hiervan. Integendeel, dat kan voor de patiënt het begin betekenen van een zinloos traject binnen het medische circuit.”

breedste zin van het woord te maken en om tandartsen op te waarderen tot mondartsen, zoals de overheid dat bij monde van de Commissie Innovatie Mondzorg verlangt.

#### Literatuur

- \* *Commissie Innovatie Mondzorg*. Advies: Taakherschikking en opleidingen. Instituut voor onderzoek van Overheidsuitgaven. Leiden, 2006.
- \* *Edwards PC*. "Considering that this is such a rare condition, should we really be expected to recognize it?". *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 112: 143-145.
- \* *Ferullo A, Silk H, Savageau JA*. Teaching oral health in U.S. medical schools: Results of a national survey. *Acad Med* 2011; 86: 226-230.
- \* *Giddon DB, Howell TH jr*. Dental specialists need to lead the way to becoming superordinate oral physicians. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011; 112: 414-415.

#### Summary

##### Contemplations on responsibility for oral healthcare

*The academic dental education in The Netherlands has been extended to 6 years, among other reasons in order to make it possible for responsibility for oral healthcare to be borne in a wide medical context. It is the job of the 3 national dental schools to make this happen. The new dentist should know and recognize all (peri-)oral disorders and oral symptoms of systemic diseases, and he should be able to deliver oral healthcare to medically compromised patients. Accepting this responsibility is required for dentistry to be transformed into medical oral healthcare and for dentists to be upgraded to oral physicians.*

#### Bron

P.J. Slootweg<sup>1</sup>, C. de Baat<sup>2</sup>

Uit <sup>1</sup>de afdeling Pathologie en <sup>2</sup>de vakgroep Orale Functie leer van het Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Datum van acceptatie: 19 januari 2012

Adres: prof. dr. P.J. Slootweg, afdeling Pathologie, UMCN, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

p.slootweg@pathol.umcn.nl