

## Inzet van mondhygiënisten in de pedodontie. Een aanbeveling

Het aandeel van mondhygiënisten in de mondzorg voor kinderen is niet in overeenstemming met het potentieel van de beroepsgroep. Ontwikkelingen in de cariologie wijzen in een richting die aansluit bij het profiel van de mondhygiënist. Stimulering van herschikking van taken in de pedodontie in relatie tot mondhygiënisten is daarom gewenst. Daarbij zou moeten worden beoogd meer dan tot nu toe het geval is de oorzaken van de mondziekten aan te pakken. Voor de cariësbehandeling zou dat betekenen voorrang geven aan een plaquegerelateerde behandeling. Dat komt neer op: een non-invasieve benadering van niet-gecaviteerde cariëslaesies in de tijdelijke en blijvende dentitie alsmede een niet-restauratieve benadering van gecaviteerde cariëslaesies in de tijdelijke dentitie.

Gruythuysen RJM. Inzet van mondhygiënisten in de pedodontie. Een aanbeveling Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 304-306  
doi: 10.5177/ntvt.2011.06.11105

### Inleiding

Voor mondhygiënisten zou een belangrijke rol kunnen zijn weggelegd in de mondzorg voor kinderen, bijvoorbeeld in de collectieve sector, de georganiseerde zorg en de mondzorg- of tandartspraktijk. De vraag of de huidige inzet van mondhygiënisten in de pedodontie wel in overeenstemming is met hun competentie wordt in dit artikel beantwoord. Tevens worden aanbevelingen gedaan over de wijze waarop mondhygiënisten kunnen bijdragen aan de mondzorg voor kinderen.

### Ontwikkelingen

Al in de fase van de begeleiding van zwangere vrouwen is de betrokkenheid van bij voorkeur een mondhygiënist gewenst om de aanstaande moeders voor te bereiden op hun taak met betrekking tot de mondgezondheid van hun kinderen. Bij jonge kinderen (1 tot 5 jaar) geschiedt het onderzoek en de curatieve zorg nog hoofdzakelijk door tandartsen (Schuller et al, 2007). Slechts in 18% van de gevallen wordt hierbij

een mondhygiënist of een andere zorgverlener betrokken. Het aandeel van mondhygiënisten in de mondzorg voor kinderen blijkt in de praktijk niet in overeenstemming met de potentie, dat wil zeggen het deskundigheidsgebied en het beroepsprofiel, van mondhygiënisten (Jongbloed-Zoet et al, 2007). Stimulering van herschikking van taken in de pedodontie in relatie tot mondhygiënisten is daarom gewenst. Daarbij zou moeten worden beoogd de oorzaken van mondziekten aan te pakken. Het beroep van mondhygiënist ontleent zijn betekenis immers vooral aan zorgverlening, waarbij het accent ligt op preventieve taken (Gruythuysen, 1986). De uitbreiding van de oorspronkelijk uitsluitend preventieve taken met curatieve verrichtingen waar het de behandeling van primaire cariës betreft, doet hier niets aan af (Algemene Maatregel van Bestuur, 2006; Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, 2008). Verder wijzen ontwikkelingen in de cariologie op een richting die naadloos past bij het profiel van mondhygiënisten: de nadruk ligt op beheersing van het cariësproces in plaats van op reparatie van de schade (Young et al, 2010). De uitkomst dat door effectieve zelfzorg actieve voor reiniging toegankelijke cariëslaesies kunnen worden omgezet in inactieve cariëslaesies is hierbij van cruciaal belang. Dat geldt zowel voor glazuurlaesies als voor dentinelaesies (Nyvad en Fejerskov, 1986; Ekstrand en Christiansen, 2005; Peretz en Gluck, 2006).

Door mondhygiënisten te laten focussen op de beheersing van het cariësproces, zou de werkdruk voor pedodontologen kunnen worden verlaagd. Onderzoek in Zweden toonde namelijk aan dat het aantal verwijzingen van tandartsen-algemeen practici naar pedodontologen in 2008 met 16% was gestegen ten opzichte van 2003 en zelfs met 50% ten opzichte van 1983 (Klingberg et al, 2010). De belangrijkste reden voor verwijzing bleek angstgedrag (27%). Bij 15% van de verwezen kinderen ging het om een grote cariësactiviteit. Er was ook meer behoefte aan behandeling



Afb. 1. a en b. Tussen afbeelding a en b liggen 4 maanden. Met de zuigfles is al enige jaren geleden gestopt, maar de cariëslaesies zijn nog actief.



**Afb. 2. a en b.** Tussen afbeelding a en b liggen 4 maanden. Door Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling is de cariëslaesie gestabiliseerd.

onder algehele anesthesie, terwijl bekend is dat het rendement van deze behandelingen laag is vanwege de frequent waargenomen relaps (Gruythuysen, 2010). Inzet van mondhygiënisten kan de vraag naar deze en andere ingrijpende en/of kostbare behandelingen in de tijdelijke dentitie verminderen. Dat was ook de achterliggende gedachte van de Commissie Innovatie Mondzorg die het streven naar uitbreiding van het aantal plaatsen in de opleiding mondzorg bepleitte en vermindering van het aantal op te leiden tandartsen (Commissie Innovatie Mondzorg, 2006). Dan kunnen invasieve behandelingen, ook onder algehele anesthesie, worden beperkt of in behandelduur worden ingekort.

### Causale benadering

Opvattingen in de cariologie over cariësmanagement betekenen praktisch gezien voor de pedodontie dat meer in de richting van een zogeheten causale aanpak wordt gedacht. Daarbij is de cariësbehandeling bij voorkeur plaquegerelateerd (Ekstrand en Christiaansen, 2005; Gruythuysen, 2010). De aandacht gaat dan uit naar de begeleiding van kinderen bij systematische plaqueverwijdering. De eigen verantwoordelijkheid wordt hierdoor benadrukt. Tevens worden de ouders geprikkeld om maatregelen te nemen tegen ongewenst mondzorggedrag. Bij de causale aanpak wordt ingezet op het goed tandenpoetsen, ook bij zonodig daaraan voorafgaand toegankelijk gemaakte gecaviteerde dentinelaesies in de tijdelijke dentitie. Met de instelling toch te gaan behandelen als preventie niet lukt, wordt geen recht gedaan aan de dynamiek van het cariësproces die zich aftekent in de cariëslaesie. Door de zogenoemde Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling verandert het acute cariësproces in een chronische fase. Een toegankelijke actieve cariëslaesie in een tijdelijke molaar redt het daardoor heel vaak geruime tijd zonder symptomen, geregeld zelfs tot de wissel-

fase (Gruythuysen et al, 2010). Bovendien geeft de niet-gerestaureerde laesie valide en concrete informatie aan de ouders over de cariësactiviteit. Ouders is makkelijk aan te leren, met behulp van op diverse tijdstippen gemaakte lichtfoto's, zelf de overeenkomsten en verschillen in de cariësactiviteit te herkennen. Eventueel kan gebruik worden gemaakt van plaquekleuring. Vaak is dat niet nodig. De zorgverlener legt bij actieve laesies in neutrale bewoordingen uit welke de mogelijke gevolgen zijn van een ongewijzigd zelfzorgbeleid en vraagt aan de ouder wat deze ervan vindt, alsmede welke conclusies hieruit worden getrokken (afb. 1). De zorgverlener legt in geval van een donker verkleurde cariëslaesie uit dat dit het gevolg is van de goede zelfzorg (verkleuring is geen vereiste voor het criterium 'gestabiliseerd') (afb. 2). Deze optie sluit naadloos aan op het proces van 'motivational interviewing': de ouders worden indringend geconfronteerd met de resultaten van de zorg waarvoor zij de verantwoordelijkheid hebben (Harrison et al, 2007).

Indien cariësmanagement de kern wordt van de cariësbehandeling bij kinderen, moet worden bekeken hoe ouders en kinderen kunnen worden ondersteund bij het bevorderen van een adequate mondzorg en/of aanpassing van het voedingsgedrag. Hierover na te denken en daar naar te handelen is niet eenvoudig voor restauratief ingestelde zorgverleners (Sgan-Cohen, 2008).

### Financiering van causale aanpak

Het starten van preventieprogramma's voor de genoemde mondzorg door mondhygiënisten zal eerst extra geld kosten, maar goed doordachte programma's verdienen zichzelf terug. Aangetoond is dat voor kinderen mondzorg met het accent op preventie op langere termijn effectiever was dan de traditionele restauratief georiënteerde mondzorg, ook vanuit kosten oogpunt (Hietasalo et al, 2009). Hetzelfde bleek uit een langdurig experiment gericht op systematische preventieve begeleiding bij kinderen (Ekstrand en Christiansen, 2005). Onderzoek over een termijn van 20 jaar liet zien dat de beoogde zorgdoelen door inzet van mondhygiënisten en andere preventieve zorgverleners konden worden verwezenlijkt (Axelsson, 2006).

Een meer causale aanpak kan alleen slagen als daar een adequate financiering voor bestaat. De zorgzwaarte van causale zorg zal op een voor zorgverzekeraars transparante manier moeten worden onderbouwd (Gruythuysen, 2010).

Mogelijkheden voor de financiering van experimenten zijn te vinden in het visiedocument 'Bekostingsstructuur mondzorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (2009). Daarin staat ten aanzien van innovatieve behandelopties vermeld:

- Voor innovatieve behandelingen die nog in de kinderschoenen staan, kunnen zorgaanbieders lokaal experimenteren door middel van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten'.
- Voor innovatieve experimenten waarop de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' niet toepasbaar is, kan de Nederlandse Zorgautoriteit op

verzoek van een (individuele) aanbieder en/of verzeke-  
raar tijdelijk een prestatie opnemen in de prestatielijst.  
Gedurende deze periode moeten de effecten van de  
innovatieve behandeling worden onderzocht door de  
indiener(s) van het verzoek.

Deze opties zouden ook kunnen aantonen dat kwaliteitsver-  
betering van de zorg kan samengaan met kostenbesparing.

### Tot slot

Mondhygiënist kunnen bij uitstek een belangrijke rol  
spelen in de preventieve aanpak in de pedodontie, waarbij  
het accent ligt op een causale benadering. Het moge duide-  
lijk zijn dat met deze visie de kern van de beroepsuitoefening  
door mondhygiënist wordt geraakt. De Nederlandse  
Vereniging van Mondhygiënist is zich hiervan bewust  
getuige het voorjaarscongres in 2010 dat over gedrag en  
gedragsverandering ging en als titel had: 'Motiveer de ander,  
inspireer jezelf'.

### Literatuur

- \* *Algemene Maatregel van Bestuur*. Artikel 17. Bevoegdheden van de mondhygiënist. Den Haag, 2006.
- \* *Axelsson P*. The effect of a needs-related caries preventive program in children and young adults - results after 20 years. *BMC Oral Health* 2006; 15; 6.
- \* *Commissie Innovatie Mondzorg*. Advies: taakherschikking en opleidingen. Leiden: Instituut van Onderzoek voor Overheidsuitgaven, 2006.
- \* *Ekstrand KR, Christiansen ME*. Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. *Caries Res* 2005; 39: 455-467.
- \* *Gruythuysen RJM*. Kiezen voor mondhygiënist. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1986. Academisch proefschrift.
- \* *Gruythuysen RJM*. Niet-Restaoratieve Caviteitsbehandeling. Carië-activiteit betugelen in plaats van maskeren. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2010; 117: 173-180.
- \* *Gruythuysen RJM, Palenstein Helderma WH van, Loveren C van*. Clinical evaluation of Non-Restorative Cavity Treatment (NRCT). Abstracts 57th Annual ORCA Congress. *Caries Res* 2010; 44: 192.
- \* *Harrison R, Benton T, Everson-Stewart S, Weinstein P*. Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. *Pediatr Dent* 2007; 29: 16-22.
- \* *Hietasalo P, Seppä L, Lahti S, et al*. Cost-effectiveness of an experimental caries-control regimen in a 3.4-yr randomized clinical trial among 11-12-yr-old Finnish schoolchildren. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 728-733.
- \* *Jongbloed-Zoet C, Sanden Stoelinga MSE van der, Calkoen PT, Quant FM, Kluit MI*. Mondhygiënist in Nederland. Beroepsprofiel. Nieuwegein: NVM, 2007.
- \* *Klingberg G, Andersson-Wenckert I, Grindford M, et al*. Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 - a 25-year perspective. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20: 313-321.
- \* *Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist*. Gedragscode voor mondhygiënist. Nieuwegein: NVM, 2008.
- \* *Nederlandse Zorgautoriteit*. Bekostingsstructuur mondzorg. Visie-document. Utrecht: NZA, 2009.

### Visie

- \* *Nyvad B, Fejerskov O*. Active root surface caries converted into inactive caries as a response to oral hygiene. *Scand J Dent Res* 1986; 94: 281-284.
- \* *Peretz B, Gluck G*. Early childhood caries (ECC): a preventive-conservative treatment mode during a 12-month period. *J Clin Pediatr Dent* 2006; 30: 191-194.
- \* *Schuller AA, Bruers JJ, van Dam BAFM, Truin GJ*. Jeugdmondzorg: De restauratieve verzorgingsgraad. Leiden: TNO, 2007.
- \* *Sgan-Cohen HD*. Oral hygiene improvement: a pragmatic approach based upon risk and motivation levels. *BMC Oral Health* 2008; 8: 31.
- \* *Young DA, Lyon L, Azevedo S*. The role of dental hygiene in caries management: a new paradigm. *J Dent Hyg* 2010; 84: 121-129.

### Summary

#### Involvement of dental hygienists in pedodontics. A recommendation

*The proportion of dental hygienists in oral health care for children is not consistent with the potential of the profession. Developments in cariology point in a direction that fits the profile of the dental hygienist. Stimulation of a re-allocation of jobs in paediatric dentistry in relation to dental hygienists is therefore desirable. Moreover, tackling the causes of oral diseases should be an objective to a greater degree than has been the case in the past. For caries treatment this would mean giving priority to a plaque-related treatment. That amounts to: a non-invasive approach to non-cavitated caries lesions in permanent and temporary dentition and a non-restorative approach to cavitated caries lesions in temporary dentition.*

### Bron

R.J.M. Gruythuysen  
Onafhankelijk publicist, onderzoeker en PAOT-docent pedodontologie/  
cariologie  
Datum van acceptatie: 14 maart 2011  
Adres: dr. R.J.M. Gruythuysen, Amstelveenseweg 1094, 1081 JV Amsterdam  
r.gruyt@planet.nl

### Verantwoording

De afbeeldingen zijn met toestemming overgenomen uit: Gruythuysen RJM. Casus 22. Kinderarts: 'Waarom is de cariës niet behandeld?' *Tandartspraktijk* 2010; 31 [5]: 45-52 en Gruythuysen RJM. Casus 21. Resultaat restauratieve interventie teleurstellend. *Tandartspraktijk* 2010; 31 [6]: 25-32).