

Kwaliteit in de jeugdandheelkunde

Voorkeur voor beroepsdifferentiatie

Samenvatting. Een goede tandheelkundige verzorging van de jeugd eist kennis en vaardigheden op een aantal deelgebieden van de tandheelkunde. Het vraagt om een aparte aanpak en benadering, alsmede een specifieke instelling en motivatie van de zorgverlener. Voor in de jeugd te onderscheiden groepen worden de te treffen preventieve maatregelen beschreven en worden kanttekeningen geplaatst bij de behandeling en de mate van verzorging. Vanwege bezwaren tegen horizontale doorverwijzing, wordt een pleidooi gehouden voor beroepsdifferentiatie, die reeds tijdens de opleiding tot tandarts dient te beginnen.

FRANKENMOLEN FWA. Kwaliteit in de jeugdandheelkunde. Voorkeur voor beroepsdifferentiatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 394-6.

F.W.A. Frankenmolen, tandarts

Uit het Tandheelkundig Jeugdcentrum Beuningen te Beuningen.

Trefwoorden: **Kindertandheelkunde – Praktijkvoering**

Datum van acceptatie: 26 april 1991.

Adres: Dr. F.W.A. Frankenmolen, Klokkengieter 12, 6641 GG Beuningen.

1 Inleiding

De laatste decennia heeft zich in een hoog tempo een aantal ontwikkelingen in de tandheelkundige verzorging van de jeugd voorgedaan. Toen in 1974 staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies vroeg over de gewenste tandheelkundige voorzieningen, kon niemand bevroeden dat dit uiteindelijk tot privatisering van de (overgebleven) Jeugdandverzorgingsdiensten zou leiden. In 1975 ging nog 50-60% van de lagere schooljeugd naar de schooltandarts. Heden bezoeken circa 100.000 jongeren ($\pm 6\%$) een jeugdandarts en zijn de overigen onder de hoede van de huistandarts.

De jeugdandheelkunde onderscheidt grofweg vier doelgroepen, elk met een specifieke relatie tot de tandheelkundige zorgverlening. Dit betreft:

- peuters en kleuters, 2-6 jaar (temporaire gebit);
- kinderen lagere school, $\pm 6-12$ jaar (wisselgebit);
- adolescenten, $\pm 13-18$ jaar (permanente gebit) en
- lichamelijk, geestelijk, zintuigelijk gehandicapten van alle leeftijden.

2 Conditie voor hoogwaardige zorg

Een kwalitatief goede jeugdzorg vereist kennis en vaardigheden op een aantal deelgebieden van de tandheelkunde (tab. I). Inspanningen van basisgezondheidsdiensten betreffen groeps- en actiegerichte Tandheelkundige GezondheidsVoorlichting en Opvoeding (TGVO). De klassikale preventie op lagere scholen varieert in het algemeen van spoelen met fluoride tot klassikale poetsinstructie. Van de jeugd- en huistandartsen en mondhygiënisten wordt een individuerichte preventie verwacht.

Tabel I. Kennis en vaardigheden benodigd voor een goede jeugdzorg.

1. TGVO, op individuele basis
2. Preventie, op individuele basis (o.a. fluoride-applicaties, fissuurverzegeling)
3. Diagnostiek/behandeling cariës en diagnostiek risicogroepen
4. Diagnostiek ontwikkelingsstoornissen harde tandweefsels
5. Orthodontische diagnostiek/preventie (afleren gewoonten)/event. behandeling)
6. Diagnostiek/behandeling/evaluatie traumata
7. Endodontie, inclusief apexificatie
8. Gedragwetenschappen, communicatie, gedragsbeïnvloeding (distractie, relaxatie, hypnose, systematische desensitisatie), conflictbeheersing

3 Preventieve zorg

3.1 Peuters en kleuters

Bij de preventie voor peuters en kleuters ligt de belangrijkste taak bij de ouders. Aan de ouders van jonge kinderen moet informatie worden verschaft over mondhygiëne, fluoridetabletten, peutertandpasta, maar ook over voedings- en snoepgewoonten. Vooral specifieke kennis moet worden aangevuld, bijvoorbeeld over het effect van suikers, in welke producten saccharose aanwezig is en welke alternatieven hiervoor bestaan.¹

3.2 Wisselgebit

In de periode van het wisselgebit verschuift het accent naar het kind. De mantelzorg is nog steeds van belang, maar de zelfzorg zal meer en meer moeten toenemen door voortdurende motivatie van ouders en zorgverleners. De voorlichting wordt derhalve steeds meer toegesneden op het kind, met aandacht voor mondhygiëne, voedingsgewoonten en snoepgedrag.

3.3 Adolescenten

Voor adolescenten is de preventieve zorg van uitermate grote betekenis voor het behoud van een goed gebit.² Juist omdat de adolescent volledig is aangewezen op orale zelfzorg, moet aangepaste voorlichting worden gegeven. Omdat tijdens deze levensfase de voedingsgewoonten sterk wijzigen, kan in geval van gebrekkige mondhygiëne en afwezigheid van mantelzorg de cariësactiviteit toenemen. Het komt nogal eens voor dat bij jongeren, die mede ten gevolge van een goede mantelzorg tot hun 14^e levensjaar cariësvrij zijn, in de daaropvolgende een tot twee jaar veel caviteiten ontstaan.

Ook hier blijkt het aanvullen van specifieke kennis van belang. Tijdens de adolescentie ontwikkelt zich het 'lange-termijn'-denken. In het directe contact is het daarom zinvol de lange-termijneffecten van slecht gebitsonderhoud te benadrukken. De adolescent leert die te overzien en kan consequenties daaruit trekken.

3.4 Gehandicapten

Ouders en verzorgers van gehandicapten moeten doordrongen worden van hun grote invloed op het behoud van een goed

gebit en een gezonde mond. Ook een gehandicapt kind begint met een gezond gebit. Individuele voorlichting over voeding, mondhygiëne, fluoridetabletten moet aanvullend worden met instructies over aanvullende mondhygiënemethoden.

4 Curatieve zorg

4.1 Peuters en kleuters

Een beperkt aantal peuters/kleuters heeft, meestal eenvoudige, curatieve zorg. Omdat niet eenduidig is te voorspellen wie tot de risicogroep behoort, is het verstandig alle peuters en kleuters kennis te laten maken met de tandheelkundige omgeving, nog voordat er sprake is van een behandelingsnoodzaak. Gegeven de psychologische ontwikkelingsfase van het kind kan gebitscontrole om de drie maanden gewenst zijn. Zulk een regelmaat maakt kind en ouders door gewoontevorming het meest bereikbaar; het resultaat op lange termijn is een goede communicatie en goed behandelbare patiënten.

Als curatieve zorg voor het temporair gebit nodig is, moeten ook de risico's van niet-behandelen worden besproken. Tijdens een ingreep staat het welzijn van het kind centraal, met als uitgangspunt dat, naar omstandigheden, een zo gezond mogelijke toestand van mond en gebit wordt nastreeft.

Gebitscontrole en behandeling vinden bij voorkeur plaats in aanwezigheid van één van de ouders, omdat het kind daaraan een gevoel van veiligheid ontleent. Bovendien worden de ouders hierdoor direct met de gebitsproblemen en gevolgen daarvan geconfronteerd. De gebitsituatie biedt aanknopingspunten voor aanvullende instructie en verbetering van het preventieve gedrag.

4.2 Wisselgebit

Het is raadzaam de ouders ook bij het onderzoek en de behandeling van lagere schoolkinderen te betrekken. De aard van en de mate waarin dit moet geschieden hangt sterk af van de situatie van het kind.

De curatieve behandeling van permanente elementen is complexer dan die van het melkgebit. Een restrictieve benadering is gewenst en iatogene schade dient, vanzelfsprekend, zoveel mogelijk te worden beperkt.^{3,4}

4.3 Adolescenten

Adolescenten zullen zich in de regel zelfstandig tot een tandarts wenden voor controle en behandeling. Een van de kenmerken van hen is dat zij zich in de rol van



Afb. 1. Enige aspecten van de tandheelkundige verzorging van de jeugd: aandacht voor preventieve zelfzorg bij het kind (boven), uitleggen wat er aan de hand is (midden), vertrouwd maken met de apparatuur (onder).

volwassene oefenen. Het is daarom van belang adolescenten zelf op hun gebitsituatie en de consequenties daarvan aan te spreken.

4.4 Gehandicapten

Voor alle categorieën gehandicapten geldt dat de curatieve zorgverlening sterk bemoeilijkt is (zie ook Bouvy, elders in dit nummer). De zorgverlening moet daarom nog meer dan bij anderen gericht zijn op de preventie. Door een gebrek aan scholing lijkt de huistandarts (vooralsnog) onvoldoende toegerust om de zorgverlening aan thuis verblijvende gehandicapten volledig te waarborgen.

5 Kwaliteit van de curatieve zorg in de algemene praktijk

5.1 Adolescenten

De verzorgingsgraad van de Nederlandse adolescenten is bevredigend.² De verhouding van gevulde vlakken versus aangetaste

en gevulde vlakken (FS/DFS) is hoog. (84%). Vrijwel alle restauraties in de (pre-)molaarstreek zijn van amalgaam; slechts bij 2% worden hier vullingen van kunststof aangetroffen. Gemiddeld is per persoon 0,9 (her)restauratie nodig, meestal beperkt tot een 1- of 2-vlaks restauratie.

Nagenoeg alle adolescenten (93%) bezoeken de tandarts ten minste éénmaal per jaar. Het overgrote deel gelooft ook in de effectiviteit van het bezoek aan de tandarts.

5.2 Temporair gebit

De verzorgingsgraad van het tijdelijke gebit is niet rooskleurig. Periodiek uitgevoerd onderzoek bij Haagse kinderen laat zien dat de cariësprevalentie in de periode van 1969 tot 1989 stelselmatig is afgenomen.⁵ Daarentegen nam de verzorgingsgraad slechts toe van 10% tot 24%. De situatie dat nog steeds circa driekwart van de caviteiten in het temporair gebit onbehandeld blijft, is niet uniek voor 's-Gravenhage. Zo bedroeg in Gouda, Alphen aan den Rijn, Den Bosch, en Breda de verzorgingsgraad 26%.⁶ En recent werd gevonden dat niet meer dan 27% van de vijfjarige Amsterdammertjes gesaneerd is.⁷

5.2.1 Lage verzorgingsgraad

Globaal kunnen vier redenen voor de lage verzorgingsgraad van het temporair gebit worden onderscheiden.

1. Niet iedere tandarts onderschrijft de noodzaak van curatieve zorg voor het melkgebit.
2. De visuele diagnostiek van cariës wordt bemoeilijkt door het 'fluoridesyndroom'.⁸ Hiermee wordt bedoeld dat door de regelmatige fluoridetoediening slechts kleine openingen in het glazuur ontstaan, met een gelijktijdige vermindering van white-spot-cariës, die dan ook niet meer kan dienen als indicator voor cariës. Na verloop van tijd ontstaan diepe caviteiten in het dentine, die voor de tandarts en patiënt nauwelijks waarneembaar zijn. Daarom is aansluitend op onderzoek met spiegel en luchtspruit diagnostiek met doorvallend licht en röntgenfoto's noodzakelijk. Echter, bij peuters worden zelden röntgenfoto's gemaakt. Röntgenfoto's zijn echter onmisbaar voor diagnostiek in het wisselgebit. Klinisch cariësvrije gebitten bleken röntgenologisch 24% caviteiten tot in het dentine te tonen.
3. De behandelingsbereidheid van peuters en kleuters is in het algemeen gering. Het creëren van coöperatief gedrag bij jonge kinderen is ingewikkeld, soms tijdrovend en vraagt van de hulpverlener een aparte aanpak, een bijzondere instelling en een grote motivatie.

4. De tandarts ziet in het algemeen op tegen de reacties van kinderen in de behandelstoel. Dit resulteert in uitstel van noodzakelijke behandelingen, waardoor caviteiten al snel te groot zijn voor een eenvoudige behandeling. Kortom, de stress die de gemiddelde tandarts ervaart bij de curatieve behandeling van jonge kinderen, de in de wachtkamer hoorbare gevolgen ervan, mogelijk ook de honorering en het feit dat behandeling van ouderen minder inspanning vergt, resulteren in een matige interesse voor de behandeling van peuters en kleuters.

5.2.2 Mogelijkheden tot verbetering

De verzorgingsgraad zou verhoogd kunnen worden door verwijzing van de kinderen naar in de jeugd tandheelkunde gespecialiseerde tandartsen. Echter, de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde denkt dat de jeugd meer gediend is met een kwaliteitsverbetering van de algemeenpracticus via brede en verplichte PAOT-cursussen. Maar uit het hiervoor beschrevene blijkt dat tot op heden geen kwaliteitsverbetering tot stand is gekomen. Het aantal inschrijvingen voor de PAOT-cursus Kindertandheelkunde is bovendien laag.

Daarom lijkt beroepsdifferentiatie eerder een oplossing te bieden. Iedere tandarts zou weliswaar over basisvaardigheden inzake de jeugd tandheelkunde moeten beschikken, maar studenten die zich tot dit onderdeel van het vakgebied voelen aange trokken, zouden zich met moeilijkere patiënten en situaties moeten kunnen bezighouden. Aanvullende theoretische en praktische scholing op de onderdelen staan vermeld in tabel I.

Een goede regeling voor een horizontale doorverwijzing is nodig. Als kinderen worden verwezen naar een praktijk waar uitsluitend jongeren worden behandeld, bestaat nauwelijks het gevaar dat de rest van het gezin zich aldaar aanmeldt als patiënt en is terugverwijzing naar de verwijzer na verloop van tijd beter gegarandeerd.

6 Slot

De stiefmoederlijke benadering van peuters en kleuters kan ongedaan worden gemaakt door horizontale verwijzing, zeker door de practici die geen plezier in het behandelen van kinderen hebben. Een beroepsdifferentiatie zal naar verwachting een bijdrage leveren aan een betere verzorgingsgraad. Een aanzet tot een dergelijke specialisatie dient reeds tijdens de opleiding tot tandarts gestalte te krijgen.

Summary

QUALITY IN CHILD DENTAL HEALTH CARE

Key words: Pedodontics – Dental practice management

Adequate dental care for children demands knowledge and expertise in several branches in dentistry. In order to treat children the dentist must have at his disposal an approach, attitude and motivation specific for different age groups. The preventive measures for each category are described, followed by remarks regarding the curative care and the degree in which the children are cared for. In view of the disadvantages of the so-called horizontal referrals, a good regulation is needed. Furthermore, a specialization in child dental health is proposed.

Literatuur

- ¹HELING GWJ. Tandheelkundig zelfzorggedrag in Nederland. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990. Academisch proefschrift.
- ²FRANKENMOLEN FWA. Orale gezondheid en zelfzorg van Nederlandse adolescenten. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990. Academisch proefschrift.
- ³VAN AMERONGEN J. Amalgaam of inlay. Iatrogene aspecten van de restauratieve procedure. Syllabus Najaarsvergadering NVT 1988.
- ⁴PENNING CH. Cariës: diagnostiek en behandeling. Nieuwe inzichten. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1989.
- ⁵TRUIN GJ, KONIG KG, DE VRIES HCB, MULDER J, PLASSCHAERT AJM. Tandcariës bij 5- en 7-jarige Haagse schoolkinderen. Verandert de tot nu toe dalende cariësprevalentie bij de jeugd? Ned Tijdschr Tandheelkd (geaccepteerd voor publicatie).
- ⁶KALSBECK H, EIJKMAN MAJ, VERRIPS GHW. Tandheelkundige hulp jeugdige ziekenfondsverzekerden. Een onderzoek naar mondgezondheid na effectuering van het besluit TJZ. Leiden: NIPG, publikatienr. 89014.
- ⁷VERRIPS GHW. Etniciteit, mondgezondheid en preventief gedrag: een onderzoek onder Amsterdammertjes. Leiden: NIPG, 1990.
- ⁸KIDD EAM. Diagnosis of dental caries. Syllabus Najaarsvergadering 1988 NVT.