

Tandartsen en mondhygiënisten over de richtlijn ‘Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk’



Samenvatting. In januari 2021 is de richtlijn ‘Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk’ geïntroduceerd als opvolger van het zogenoemde paroprotocol. Tegelijk daarmee werd de Dutch Periodontal Screening Index opgevolgd door de Periodieke Parodontale Screening. In het najaar van 2022 zijn de ervaringen van tandartsen en mondhygiënisten met de nieuwe richtlijn geëvalueerd. Daarvoor werden aselechte groepen van 1.000 tandartsen en 400 mondhygiënisten uitgenodigd een online vragenlijst over dit onderwerp te beantwoorden. Van hen vulden 125 (12,5%) tandartsen en 102 (25,5%) mondhygiënisten de vragenlijst in. Eind 2022 gebruikte een ruime meerderheid van zowel de tandartsen als de mondhygiënisten de Periodieke Parodontale Screening. Beide beroepsgroepen waren tevreden over de nieuwe richtlijn. Mondhygiënisten benutten de Periodieke Parodontale Screening in meer gevallen dan tandartsen en waren ook vaker tevreden over de nieuwe richtlijn. Beide mondzorgverleners waren van mening dat de Periodieke Parodontale Screening in vergelijking met de Dutch Periodontal Screening Index betere mogelijkheden biedt om patiënten bij hun parodontale zorg te betrekken.

Boer JCL den, Dam BAFM van, Weijden GA van der, Bruers JJM. Tandartsen en mondhygiënisten over de richtlijn ‘Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk’

Ned Tijdschr Tandheelkd 2024; 131: 493-501

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2024.11.24054>

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel bent u bekend met de nieuwe richtlijn ‘Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk’ inclusief periodieke parodontale screening (PPS) en kent u:

- de tekortkomingen van het paroprotocol inclusief DPSI;
- de nagestreefde verbeteringen in de aanpak van parodontale problematiek met de introductie van de nieuwe richtlijn;
- de verschillen in beleving van de nieuwe richtlijn tussen tandartsen en mondhygiënisten met betrekking tot de aspecten bekendheid, PPS, voorlichtingsmaterialen, patiëntbetrokkenheid en algemene tevredenheid;
- de sterktes en beperkingen van de uitgevoerde evaluatie.

INLEIDING

Op basis van Nederlandse en Amerikaanse gegevens mag worden aangenomen dat 7 tot 8% van de volwassenen in westerse samenlevingen kampt met ernstige parodontitis (Bruers, 2021). Könönen et al. (2019) spreken van 10% wereldwijd, waarbij de ernstige vorm vooral toeneemt tussen het dertigste en veertigste levensjaar. De World Health Organization (WHO) gaat uit van 18,8% wereldwijd en 17,7% in welvarende landen (WHO, 2022). In een recente studie van Trindade et al. (2023) wordt gesproken over 23,6%, wat hoger is dan inschattingen uit het verleden. In een studie in de Verenigde Staten constateerden Eke et al. (2012) dat ruim 47% van de populatie een milde, matige of ernstige vorm van parodontitis had. Hoewel deze schattingen uiteenlopen, is in alle gevallen duidelijk dat

WAT WETEN WE?

In januari 2021 is de richtlijn 'Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk' van kracht geworden, ter vervanging van het toen bestaande 'paroprotocol'.

WAT IS NIEUW?

De nieuwe richtlijn wordt door zowel tandartsen als mondhygiënisten gevolgd. Beide beroepsgroepen zijn tevreden over de vervanging van het paroprotocol door de nieuwe richtlijn, maar er zijn wel onderlinge verschillen.

PRAKTIJKTOEPASSING

Uit de evaluatie komt naar voren dat de nieuwe richtlijn algemeen bekend is en veel wordt gebruikt. Zowel tandartsen als mondhygiënisten ervaren de PPS als geschikter dan de DSPI, vooral vanwege het gebruiksgemak, de vrijheid die het biedt en de duidelijkheid voor de patiënt. Hierdoor kunnen patiënten beter bij hun parodontale zorg worden betrokken.

parodontitis een veelvoorkomend probleem is. Er zijn associaties gevonden tussen parodontitis en verschillende niet-overdraagbare ziekten en systeemaandoeningen (Wolf et al., 2021). Een goede screening, diagnosticering en behandeling van parodontitis is van belang voor zowel de mondgezondheid als de algehele gezondheid van patiënten.

Paroprotocol en Dutch Periodontal Screening Index

Voor een accurate screening van patiënten met parodontale problemen introduceerde de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) begin 1998 het protocol 'Parodontale diagnostiek en behandeling', verder aangeduid als 'paroprotocol' (Van der Velden, 2009). Voor dit paroprotocol werd een screeningsmethode geïntroduceerd, de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI). Deze screeningsmethode was gebaseerd op de Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN), waarvoor de WHO het initiatief had genomen (Ainamo et al., 1982). Het paroprotocol omvatte aanvankelijk alleen een stroomdiagram waarbij behandelkeuzen werden gemaakt aan de hand van uitkomsten van de DPSI en patiënten werden ingedeeld in categorie A, B of C. In 2010 werd met een nadere toelichting op het protocol de DPSI meer gespecificeerd en opnieuw onder de aandacht gebracht (Steverink-Jorna, 2017).

Gaandeweg bleek echter dat de DPSI veel ruimte gaf voor interpretatieverschillen omdat ook tandsteen, bloeding en gingivarecessies in de meting werden meegenomen, wat leidde tot discussie en verschillende behandeltrajecten voor dezelfde meting (Folgers et al., 2019). Bovendien werd de DPSI soms gebruikt als diagnostisch middel, terwijl de meting geen informatie geeft over aard, ernst en uitgebreidheid van een parodontale infectie en evenmin over progressie, risicofactoren, prognose van de gebitselementen en vatbaarheid van de patiënt (Folgers et al., 2019). Bij een

hoge DPSI is een uitgebreider onderzoek met pocket- of parodontiumstatus en uitleg hierover dan ook gewenst (Van der Weijden, 2017).

Omdat het paroprotocol eigenlijk alleen uit een flowchart bestond, werd de NVvP gewaarschuwd voor het juridische gevaar dat dit met zich meebrengt. De flowchart gaf geen enkele ruimte voor afwijking of uitzondering waardoor in het geval een tandarts aangeklaagd zou worden, deze strikte flowchart door de rechter als leidraad genomen zou kunnen worden. Binnen de NVvP werd toen een brede commissie opgericht die een nieuwe richtlijn moest opstellen die naast een flowchart ook een uitgewerkt protocol en wetenschappelijke onderbouwing geeft. Deze richtlijn 'Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk' werd in januari 2021 in Nederland - op aangeven van de NVvP - van kracht en verving het paroprotocol. Gelijk daarmee werd ook de DPSI door de Periodieke Parodontale Screening (PPS) vervangen (Van Strydonck et al., 2020). Dit vereenvoudigde instrument fungeert als een soort stoplicht waarmee een mondzorgverlener aan de hand van een aantal nadere bevindingen tot een (niet-)behandelingsbeslissing kan komen. Dit extra beslismoment tussen screenen en (zo nodig) behandelen is dé grote verbetering van de nieuwe richtlijn. Op basis van de pocketdiepte wordt een score van 1, 2 of 3 toegekend, respectievelijk 'in orde' (groen), 'mogelijk in orde' (oranje) en 'wellicht niet in orde' (rood) (afb. 1). Deze score is het potentiële begin van verdere stappen. Bij het besluit tot behandeling moet ook rekening worden gehouden met de behoeften, wensen en mogelijkheden van de patiënt, die dus ook meer actief wordt betrokken bij de behandelkeuzen.

Volgens Brein et al. (2016) wordt de parodontale gezondheid in belangrijke mate bepaald door de mondhygiëne van patiënten en moeten zorgverleners bij de behandeling van parodontitis oog hebben voor de houding, het gedrag en de kennis van de patiënt wat betreft de naleving van zelfzorgadviezen. Carra et al. (2020) wijzen erop dat de vereiste gedragsverandering afhankelijk is van de motivatie en de bereidheid om te veranderen. Verschillende auteurs benadrukten het belang van een op de specifieke patiënt of patiëntengroep afgestemde behandeling en preventie van parodontitis (Folgers et al., 2019; Louropoulou en Van der Weijden, 2021). Hierbij is volgens Stenman et al. (2010) onder meer van belang dat de zorgverlener een vertrouwensrelatie opbouwt met de patiënt. Door de toevoeging van een beslismoment is de PPS-score minder direct gekoppeld aan een behandeling dan de DPSI-score. In de nieuwe richtlijn is, naast een parotraject, ook een paro-preventietraject ingevuld, waarin ruimte is voor professionele gebitsreiniging en mondhygiëne-instructies en begeleiding.

Rol tandartsen en mondhygiënisten

De invoering van een nieuwe richtlijn is zowel voor tandartsen als mondhygiënisten relevant omdat de parodontale behandeling tot het takenpakket van beide beroepen behoort. Het is echter niet uit te sluiten dat deze groepen



Illustrator: Michiel Claassen

Afb. 1. De PPS fungeert als een soort stoplicht waarmee een mondzorgverlener tot een (niet-)behandelbeslissing kan komen. Op basis van de pocketdiepte wordt een score toegekend, waarbij 1 staat voor 'in orde' (groen), 2 voor 'mogelijk in orde' (oranje) en 3 voor 'wellicht niet in orde' (rood). Deze score is het begin van verdere stappen. In de afbeelding zijn tevens de overwegingen die gebruikt kunnen worden bij het beslissingsmoment volgend uit PPS-score 1, 2 of 3 opgenomen. Afbeelding is gebaseerd op het stroomdiagram en appendix 5 van de richtlijn 'Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk' (NVvP, 2020).

anders met de nieuwe richtlijn omgaan en die op een andere manier beoordelen. Patel et al. (2020) stelden vast dat tandartsen en mondhygiënisten vergelijkbaar zijn wat betreft hun kennis en benadering op het gebied van parodontale zorg. Maar waar tandartsen-algemeen practici veelal een breed scala aan tandheelkundige behandelingen uitvoeren, hebben mondhygiënisten meer specifieke zorgtaken op het gebied van preventie en parodontologie (Den Boer et al., 2022). Hierdoor neemt de parodontale behandeling in het takenpakket van de mondhygiënist een centralere plaats in dan bij tandartsen. Het is dan ook niet vreemd dat, in het bijzonder binnen algemene tandartspraktijken, er bij de (parodontale) zorg vaak sprake is van samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënisten (Den Boer et al., 2020).

Evaluatie

In het najaar van 2022 hadden tandartsen en mondhygiënisten ruim anderhalf jaar ervaring met de nieuwe richtlijn en de PPS. Op dat moment bestond bij de NVvP, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en NVM-mondhygiënisten behoefte aan een evaluatie onder beide beroepsgroepen. Daarbij waren de belangrijkste onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de ervaringen van tandartsen en mondhygiënisten met het gebruik van de nieuwe richtlijn en de

PPS, ook in vergelijking met het paroprotocol?

2. In hoeverre draagt de nieuwe richtlijn voor hen bij aan het (gewenste) actiever betrekken van patiënten bij de parodontale behandeling?
3. Zijn er met betrekking tot de ervaringen met de nieuwe richtlijn verschillen tussen tandartsen en mondhygiënisten?

MATERIAAL EN METHODE

Het onderzoek werd uitgevoerd als een online vragenlijst bij een steekproef van tandartsen en een steekproef van mondhygiënisten.

Onderzoeksinstrument

Voor dit onderzoek werd in overleg met de initiatiefnemers een vragenlijst opgesteld. Om te komen tot valide vragen werden vooraf 3 personen (2 tandartsen en 1 geregistreerde mondhygiënist) in semigestructureerde interviews geconsulteerd over hun ervaringen met de nieuwe richtlijn. De vragenlijst bevatte 16 voornamelijk gestructureerde vragen met gesloten antwoordcategorieën over onder andere de wijze waarop informatie is verworven over de nieuwe richtlijn, het bepalen en vastleggen van de PPS, de ervaringen met het toepassen van de nieuwe richtlijn en de tevredenheid erover. De vragenlijst is opgenomen als bijlage bij het online-artikel.

Dataverzameling

De persoonlijke link naar een online vragenlijst werd in september 2022 door het onafhankelijk onderzoeksbureau KBA Nijmegen per e-mail verstuurd naar een aselechte steekproef van 1.000 tandartsen van 67 jaar of jonger met een bij de KNMT bekend woon- en/of werkadres in Nederland en in oktober 2022 naar een aselechte steekproef van 400 mondhygiënisten uit het ledenbestand van NVM-mondhygiënisten. Na 2 herinneringen aan degenen die de enquête nog niet hadden ingevuld, werd de dataverzameling medio november 2022 gesloten. Alle verzamelde gegevens werden vervolgens door KBA Nijmegen verwerkt in een gepseudonimiseerd databestand waarin individuele tandartsen, mondhygiënisten en/of praktijken op geen enkele manier herkenbaar waren. De onderzoekers ontvingen het gecodeerde, geanonimiseerde bestand voor analyse en rapportage van de onderzoeksuitkomsten.

Verwerking en analyse van de gegevens

Respondenten die geen vragen hadden beantwoord of alleen de selectievraag, werden niet meegenomen in de analyses. Degenen die de vragenlijst niet volledig hadden ingevuld, maar wel vragen over de nieuwe richtlijn hadden beantwoord, werden wel geïnccludeerd. Onverwachte combinaties van antwoorden werden individueel beoordeeld en zo nodig buiten beschouwing gelaten.

Voor de aspecten waarop de PPS en de DPSI werden vergeleken, werd bezien of er sprake was van met elkaar samenhangende aspecten. Dit werd gedaan door middel van principale componentenanalyse met Varimax-rotatie, waarbij een eigenwaarde van 1 was gehanteerd om het aantal factoren te bepalen. Dit leidde tot 2 componenten die samen 55,8% van de variantie verklaarden. Een eerste component werd gevormd door de kenmerken gemakkelijk, duidelijk voor patiënten, duidelijk voor zorgverleners, biedt vrijheid, zinvol en bevordert patiënttevredenheid en deze component geeft de doeltreffendheid aan van de PPS ten opzichte van de DPSI. In een tweede component werden de kenmerken arbeidsintensief, tijdrovend en administratief belastend samengenomen en deze component geeft de uitvoerbaarheid aan van de PPS ten opzichte van de DPSI. Voor beide componenten werd een somscore bepaald en een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Daarbij was de Cronbach's alpha voor de component doeltreffendheid 0,771 en voor de component uitvoerbaarheid 0,777, wat voor beide componenten duidde op een goede interne consistentie. De somscore voor doeltreffendheid was gebaseerd op 6 kenmerken en liep van -6 (zeer grote voorkeur voor DPSI) tot 6 (zeer grote voorkeur voor PPS). De somscore voor uitvoerbaarheid was gebaseerd op 3 kenmerken en liep van -3 (zeer grote voorkeur voor DPSI) tot 3 (zeer grote voorkeur voor PPS). Twee van de 11 kenmerken werden overigens buiten beschouwing gelaten, namelijk voldoende vergoed en leidt

tot hoge kosten voor patiënt, omdat van zowel tandartsen als mondhygiënisten meer dan vier vijfde deel (85,7% of hoger) had aangegeven dat dit in gelijke mate gold voor de PPS en de DPSI.

Voor alle resultaten werd een vergelijking gemaakt tussen de groepen tandartsen en mondhygiënisten, waarbij gebruikgemaakt was van de chikwadraattoets of de onafhankelijke t-toets. Omdat de verhouding van de aantallen tandartsen en mondhygiënisten in het onderzoek niet in lijn was met de getalsmatige verhoudingen van beide totale populaties, werden de uitkomsten voor de gehele onderzoeksgroep niet vermeld. Gevonden samenhangen werden als statistisch significant beschouwd bij $p < 0,05$. Alle bewerkingen en analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS voor Windows (versie 28).

Ethische verantwoording

In de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek stond vermeld dat de benaderde tandartsen en mondhygiënisten op vrijwillige basis konden besluiten om al of niet deel te nemen aan het onderzoek en dat zij met het insturen van hun beantwoorde vragenlijst toestemming gaven voor het gebruik van hun informatie ten behoeve hiervan. Het gebruik van de gegevens van dit onderzoek voor aanvullende (secundaire) analyses ten behoeve van deze studie, is voorgelegd aan en goedgekeurd door de Institutionele Review Commissie van ACTA, de Ethische Toetsingscommissie (ETC), onder aanvraagnummer 2024-96888.

RESULTATEN

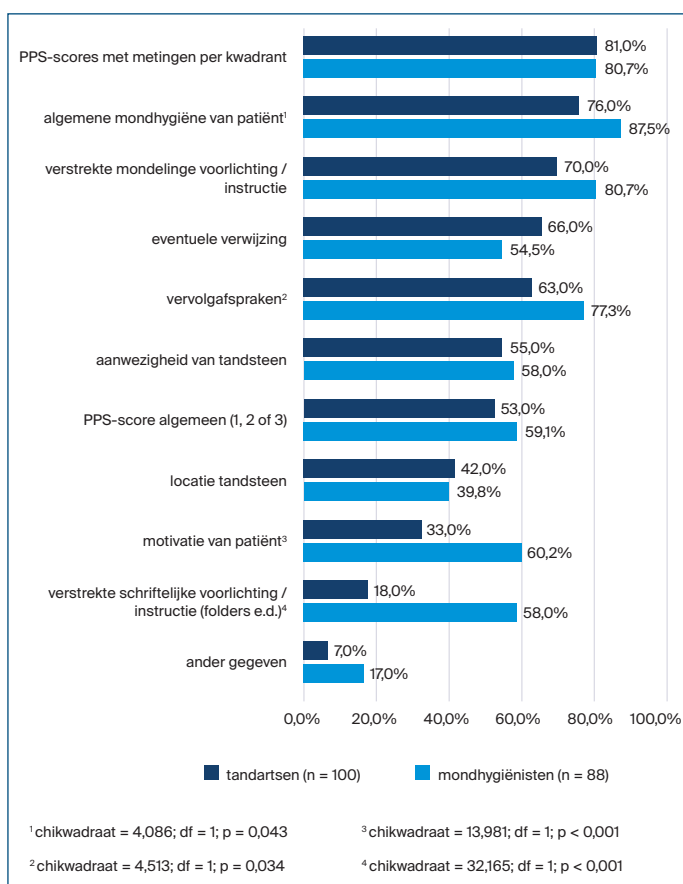
Respons

Uiteindelijk hebben 227 mondzorgverleners (125 tandartsen en 102 mondhygiënisten) de vragenlijst ingevuld. De totale respons lag op 16,2%, onder de tandartsen was dat 12,5% en onder de mondhygiënisten 25,5%. Daarmee was er sprake van een ondervertegenwoordiging van tandartsen. In de vragenlijst waren geen vragen opgenomen over de achtergrondkenmerken van de respondent. Voor tandartsen konden en mochten echter op basis van het respondentnummer enkele achtergrondgegevens, die door structurele samenwerking tussen KBA Nijmegen en de KNMT bekend zijn, aan de gegevens worden gekoppeld. Op basis van sekse, leeftijd, plaats van afstuderen en regio van vestiging kon worden vastgesteld dat de tandartsen in de onderzoeksgroep een redelijk representatieve afspiegeling vormden van de gehele beroepsgroep van tandartsen.

Bekendheid met de nieuwe richtlijn

Alle respondenten hadden naar eigen zeggen op enigerlei wijze kennisgenomen van de nieuwe richtlijn, voornamelijk door zelfstudie (63,6% van de tandartsen en 75,0% van de mondhygiënisten), via vaktijdschriften (60,8% en

Nieuwe richtlijn draagt bij aan betrekken van patiënten bij hun behandeling



Afb. 2. Gegevens die tandartsen en mondhygiënisten na het bepalen van de PPS vastleggen in het patiëntendossier.

58,3%) en/of via informatie die de NVvP beschikbaar stelde via een webinar (25,8% en 54,8%). Minder genoemd werden de video's van de NVvP op YouTube (9,3% en 10,7%) en de bijeenkomsten van de NVvP over de richtlijn (7,2% en 13,1%).

Bepaling en vastlegging PPS

Bijna 6 van de 10 tandartsen (59,8%) en mondhygiënisten (57,4%) bepaalden tijdens een periodiek mondonderzoek altijd de PPS. Van de tandartsen deed 24,6% dit meestal,

9,0% soms en 6,6% nooit, bij mondhygiënisten lagen deze percentages op respectievelijk 34,7%, 4,9% en 3,0%. Gemiddeld genomen bepaalden tandartsen en mondhygiënisten de PPS bij respectievelijk 90,0% en 93,2% van hun volwassen patiënten (18 jaar of ouder) en bij respectievelijk 77,5% en 78,8% van hun jeugdige patiënten (17 jaar of jonger). Tandartsen besteedden aan het bepalen en vastleggen van de PPS minder tijd dan mondhygiënisten (2,3 tegen 4,2 minuten / $t = -3,946$, $df = 116$; $p < 0,001$). Met betrekking tot de frequentie van het vastleggen van de PPS in het patiëntendossier verschilden tandartsen en mondhygiënisten niet statistisch significant van elkaar: van de tandartsen legde 86,7% de PPS altijd vast, 11,4% soms en 1,9% nooit, van de mondhygiënisten was dit respectievelijk 78,7%, 20,2% en 1,1%. Afbeelding 2 biedt een overzicht van de gegevens die tandartsen en mondhygiënisten vastlegden.

Gebruik voorlichtingsmaterialen

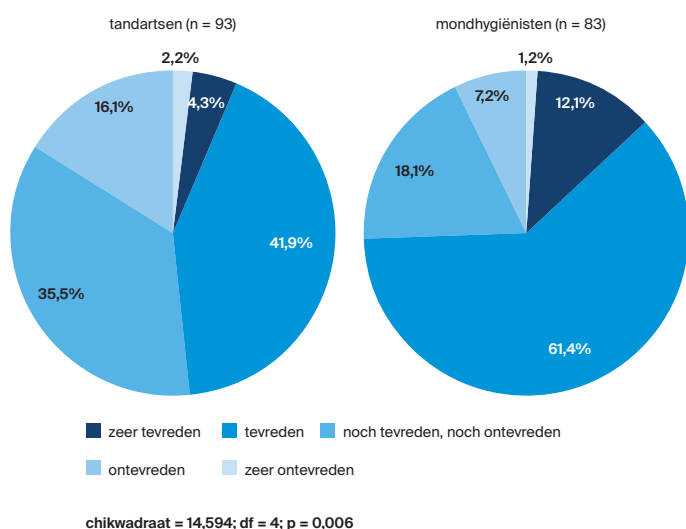
Minder tandartsen dan mondhygiënisten gaven aan speciaal ontwikkelde voorlichtingsmaterialen te gebruiken bij de voorlichting aan patiënten over het parodontium en parodontale behandelingen (64,9% tegen 89,3% / $chikwadraat = 14,721$; $df = 1$; $p < 0,001$). Ruim de helft van deze tandartsen (52,4%) en ongeveer driekwart van deze mondhygiënisten (76,0%) werkten daarbij met informatiefolders van de NVvP ($chikwadraat = 8,420$; $df = 1$; $p = 0,004$). Verder gebruikte respectievelijk 49,2% en 58,7% (ook) de geplastificeerde 'instructiekaarten' van de NVvP, benutte respectievelijk 14,3% en 5,3% (ook) informatie op de website van de NVvP en respectievelijk 39,7% en 25,3% gebruikte (ook) andere voorlichtingsmaterialen.

Oordeel doeltreffendheid en uitvoerbaarheid PPS

Voor deze evaluatie vergeleken de deelnemende tandartsen en mondhygiënisten op verschillende aspecten de PPS met de DPSI. Een volledig overzicht van alle kenmerken is te vinden in de bijlage bij het online artikel. In tabel 1 worden de scores gepresenteerd voor de schaal

	Doeltreffendheid		Uitvoerbaarheid	
	Tandartsen	Mondhygiënisten	Tandartsen	Mondhygiënisten
Sterke voorkeur DPSI	5,1%	4,8%	3,1%	4,8%
Voorkeur DPSI	23,5%	25,0%	4,1%	1,2%
Geen voorkeur DPSI of PPS	23,4%	9,5%	53,0%	58,3%
Voorkeur PPS	33,7%	40,5%	8,2%	9,5%
Sterke voorkeur PPS	14,3%	20,2%	31,6%	26,2%
Gemiddeld	0,55	1,08	0,73	0,68
Mediaan	0	1	0	0
Standaardafwijking	2,41	2,78	1,26	1,41
Minimum	- 6	- 5	- 2	- 3
Maximum	6	6	3	3
n	98	84	98	84
Cronbach's alpha	0,771		0,777	

Tabel 1. Houding van tandartsen en mondhygiënisten ten aanzien van de doeltreffendheid en uitvoerbaarheid van de PPS in vergelijking met de DPSI.



Afb. 3. Mate waarin tandartsen en mondhygiënisten tevreden of ontevreden zijn over het feit dat het paroprogram is vervangen door de nieuwe richtlijn.

hiermee eens), "De richtlijn biedt veel handvatten om de patiënt te informeren over parodontale problemen en de behandeling daarvan" (40,6% en 58,1%) en "Extra scholing over 'motivational interviewing' zou voor mij en/of de medewerkers in de praktijk welkom zijn" (46,8% en 51,9%).

Algemene tevredenheid

In afbeelding 3 is te zien dat bijna de helft (46,2%) van de tandartsen tevreden was over de vervanging van het paroprogram door de nieuwe richtlijn, 35,5% was neutraal en 18,3% ontevreden. Onder de mondhygiënisten was 73,5% (zeer) tevreden, 18,1% was niet tevreden maar ook niet ontevreden en 8,4% uitgesproken ontevreden. Verder was 34,1% van de tandartsen en 27,7% van de mondhygiënisten het eens met de stelling dat de richtlijn de tandarts in de algemene praktijk meer mogelijkheden biedt om zijn spilfunctie in de tandheelkundige zorgverlening waar te maken, respectievelijk 12,8% en 9,9% was het hiermee oneens. De stelling "De richtlijn biedt de mondhygiënist meer mogelijkheden om zich te onderscheiden op het gebied van de parodontale behandeling" werd door 48,9% van de tandartsen en door 61,7% van de mondhygiënisten onderschreven, respectievelijk 9,6% en 7,4% was het oneens met deze stelling.

DISCUSSIE

Uit het onderzoek komt naar voren dat voor tandartsen en mondhygiënisten geldt dat een ruime meerderheid altijd of meestal de PPS meet en vastlegt. Het gebruik van de DPSI is in 1998 en 2002 gemeten onder tandartsen (Van Dam en Bruers, 2003). Toen werd de DPSI door minder tandartsen standaard gemeten. Het is echter niet te bepalen in hoeverre het nieuwe screeningsinstrument van invloed is geweest op deze stijging, omdat er in de afgelopen jaren veel ontwikkelingen zijn geweest die het gebruik van een dergelijk instrument zouden kunnen bevorderen (Den Boer et al., 2020). Uit recenter Vlaams onderzoek kwam echter ook een minder frequent gebruik van de DPSI naar voren (Meers et al.,

2018). Verder besteedden tandartsen in 1998 en 2002 meer tijd aan het meten van de DPSI bij een patiënt dan zij in 2022 besteedden aan het meten van de PPS. Onbekend is of de handelingen waaraan tijd besteed wordt verschillen tussen DPSI en PPS. De ruimte binnen de vragenlijst was te beperkt om hierop in te gaan. Een onderzoek met een kwalitatieve methodiek lijkt meer geschikt om dat te bestuderen.

Verder lijkt de tevredenheid met de nieuwe richtlijn en de PPS onder tandartsen wat groter dan die was in evaluaties over het paroprogram en DPSI (Van Dam en Bruers, 2003). De DPSI werd wel als waardevol gezien voor de screening van de parodontale status tijdens een periodiek mondonderzoek (Van der Velden, 2009). De PPS wordt echter als gebruiksvriendelijker gezien.

Met betrekking tot de vraag in hoeverre de nieuwe richtlijn bijdraagt aan het (gewenste) actiever betrekken van patiënten bij de parodontale behandeling, lijken zowel tandartsen als mondhygiënisten overwegend positief gestemd. Anders gezegd maakt de nieuwe richtlijn het makkelijker om de behandeling aan te passen aan de kennis, de motivatie en het gedrag van de patiënt. En juist dat zijn zeer belangrijke factoren voor de succeschansen van een parodontale behandeling (Brein et al., 2016; Carra et al., 2020).

Het hier beschreven onderzoek toont geen verschil aan tussen tandartsen en mondhygiënisten in de mate van gebruik van de nieuwe richtlijn. Dit sluit aan bij de bevindingen van Amerikaans onderzoek waaruit bleek dat tandartsen en mondhygiënisten op het gebied van parodontologie een vergelijkbare benadering hebben (Patel et al., 2020). Maar het onderhavige onderzoek legt ook verschillen in benadering bloot, in het bijzonder dat mondhygiënisten een aantal zaken in meer gevallen vastleggen dan tandartsen en dat zij gemiddeld meer tijd besteden aan het meten en vastleggen van de PPS-score. Wellicht speelt hiermee dat de parodontale behandeling in de werkzaamheden van mondhygiënisten een centralere plaats inneemt dan in die van tandartsen (Den Boer et al., 2022).

Sterktes en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat zowel tandartsen als mondhygiënisten erin werden betrokken. Daarmee is dit onderzoek representatiever voor mondzorgverleners dan de eerdere evaluaties van de DPSI, waarbij alleen tandartsen werden bevraagd (Van Dam en Bruers, 2003). Er moeten echter ook enkele kanttekeningen worden geplaatst met betrekking tot de respons op de enquête. Om te beginnen heeft van de uitgenodigde mondhygiënisten 26% deelgenomen, maar was dit van de tandartsen slechts 13%. Volgens Rowly (2014) is een respons van 20% nog acceptabel, een percentage dat hier niet is gehaald. In zijn algemeenheid neemt de enquêtebereidheid onder tandartsen af. Mogelijk heeft de lage respons ook te maken met een geringe belangstelling voor het onderwerp, waardoor er sprake is van non-responsbias (Fan en Yan, 2010). In dat geval zou kunnen worden gesteld dat de gevonden verschillen tussen tandartsen en mondhygiënisten in werke-



lijkheid scherper kunnen zijn dan aangetoond in dit onderzoek. De tweede kanttekening betreft ook de verhouding tussen beide groepen in het onderzoek. Op basis van registratiegegevens van het aantal actieve tandartsen (9.376 per januari 2023) en een globale schatting van het aantal werkzame mondhygiënisten (ongeveer 3.600 in 2019) valt op te maken dat de verhouding tussen beide groepen in het totaal ongeveer ligt op 72% versus 28% (KNMT, 2023). In de onderzoeksgroep was dit 55% versus 45%, waarmee het aandeel van tandartsen te laag was. Om deze reden zijn de resultaten voor mondhygiënisten en tandartsen apart gepresenteerd en niet de resultaten voor de hele groep.

Een andere beperking betrof de beschikbaarheid van achtergrondgegevens. Voor mondhygiënisten waren die beperkt beschikbaar, zowel op het niveau van de populatie, de steekproef als de respondenten. Dit maakte het niet mogelijk om te controleren of de groep deelnemers representatief was voor de populatie van mondhygiënisten in Nederland. De deelnemende tandartsen kunnen wel als een redelijke afspiegeling van de populatie worden gezien. Omdat de omstandigheden voor beide groepen vergelijkbaar waren, is er geen reden om aan te nemen dat dit bij mondhygiënisten fundamenteel anders was.

Toepasbaarheid van het onderzoek

Inmiddels is de nieuwe richtlijn al enkele jaren in gebruik. Na een dergelijke periode is het van belang te inventariseren of de richtlijn nog steeds in lijn is met de huidige wetenschappelijke stand van zaken. Als dit leidt tot een

aanpassing of herziening van de richtlijn, is het van belang hierbij rekening te houden met de verschillen tussen tandartsen en mondhygiënisten. Een aanpassing waarmee de ene groep tegemoetgekomen wordt, mag niet ten koste gaan van het gebruiksgemak voor de andere groep. Als beide groepen goed kunnen werken met de richtlijn, komt deze ook het meest tot zijn recht voor de patiënt.

CONCLUSIE

Alles overziend kan op basis van de uitkomsten van het onderzoek worden vastgesteld dat de nieuwe richtlijn en de PPS ruim anderhalf jaar na de invoering ervan redelijk goed in gebruik zijn. Hierbij geldt: 'bekend maakt beminde'. De inzet van onder andere de NVvP om de beroepsgroepen erop voor te bereiden lijkt effect te hebben gehad. Voor zowel tandartsen als mondhygiënisten geldt dat een ruime meerderheid het nieuwe screeningsinstrument, de PPS, altijd gebruikt. Ook zijn beide beroepsgroepen in meerderheid tevreden over de nieuwe richtlijn, waarbij mondhygiënisten enigszins positiever lijken te zijn dan tandartsen. De tevredenheid geldt bij beide groepen vooral voor het gebruiksgemak en in mindere mate voor de vrijheid en de duidelijkheid voor de patiënt, wat ook doelstellingen waren van de nieuwe richtlijn. Wat die patiënt betreft: voor het welslagen van parodontale zorg is diens medewerking van groot belang. Op dit punt scoort de PPS in de ogen van tandartsen en mondhygiënisten wat beter dan de DPSI.

LITERATUUR

- * Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J* 1982; 32: 281-291.
- * den Boer JCL, van der Sanden WJM, Bruers JJM. Developments in oral health care in the Netherlands between 1995 and 2018. *BMC Oral Health* 2020; 20: 192.
- * den Boer JCL, van Dam BAFM, van der Sanden WJM, Bruers JJM. Collaboration between general dental practitioners and dental hygienists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 501.
- * Brein DJ, Fleenor TJ jr, Kim SW, Krupat E. Using the theory of planned behavior to identify predictors of oral hygiene: a collection of unique behaviors. *J Periodontol* 2016; 87: 312-319.
- * Bruers JJM. Inzicht in de prevalentie van parodontitis: een uitdaging! *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2021; 128: 581-583.
- * Carra MC, Detzen L, Kitzmann J, Woelber JP, Ramseier CA, Bouchard P. Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2020; 47: 72-89.
- * van Dam BAFM, Bruers JJM. Omnibusenquête voorjaar 2002: Paroprotocol en DPSI. Nieuwegein: KNMT, 2003 (interne rapportage).
- * Eke P, Dye B, Wei L, Thornton-Evans G, Genco R. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res* 2012; 91: 914-920.
- * Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Comput Hum Behav* 2010; 26: 132-139.
- * Folgers O, Buunk-Werkhoven YAB, Batenburg R. Periodontal screening during an oral public health promotion campaign: a study among health consumers. *Int Dent J* 2019; 69: 289-294.

OP WWW.NTVT.NL

Zie voor onderstaande bijlagen (in 1 document) het online artikel (doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2024.11.24054> of scan QR-code).



Bijlage 1. Vragenlijst voor de evaluatie van de richtlijn 'Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk'.

Bijlage 2. Oordeel van tandartsen en mondhygiënisten over enkele kenmerken of die voor de PPS meer of minder gelden dan voor de DPSI.

- * KNMT (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde). Staat van de mondzorg. Werkers in de mondzorg. <https://www.staatvandemondzorg.nl> (geraadpleegd 1 november 2023).
- * Könönen E, Gursoy M, Gursoy UK. Periodontitis: a multifaceted disease of tooth-supporting tissues. *J Clin Med* 2019; 8: 1135.
- * Louropoulou A, van der Weijden FN. De richtlijnen voor parodontale en peri-implantaire ontstekingen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2021; 128: 585-592.
- * Meers E, Dekeyser C, Favril C, Teughels W, Quiryne M, Laleman I. Periodontal screening and referral behaviour of general dental practitioners in Flanders. *Clin Oral Investig* 2018; 22: 1167-1173.
- * Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP). Richtlijn Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk. Eenrum: NVvP, 2020.
- * Patel T, Vayon D, Aylavarapu S, Zhu L, Jensen S, Lee C. A comparison study: Periodontal practice approach of dentists and dental hygienists. *Int J Dent Hyg* 2020; 18: 314-321.
- * Rowly J. Designing and using research questionnaires. *Manag Res Rev* 2014; 37: 308-330.
- * Stenman J, Wennström JL, Abrahamsson KH. Dental hygienists' views on communicative factors and interpersonal processes in prevention and treatment of periodontal disease. *Int J Dent Hyg* 2010; 8: 213-218.
- * Steverink-Jorna, L. Voor uw preventieassistent: de DPSI onder de knie? (Verslag van voordracht van M. Seuntjes op Landelijke Dag voor de Preventieassistent). *Dentalinfo* april 2017. <https://www.dentalinfo.nl>
- * van Strydonck DAC, Katsamakos S, van der Weijden GA. Richtlijn Parodontale screening, diagnostiek en behandeling in de algemene praktijk. Eenrum: NVvP, 2020.
- * Trindade D, Carvalho R, Machado V, Chambrone L, Mendes JJ, Botelho J. Prevalence of periodontitis in dentate people between 2011 and 2020: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Clin Periodontol* 2023; 50: 604-626.
- * van der Velden U. The Dutch periodontal screening index validation and its application in The Netherlands. *J Clin Periodontol* 2009; 36: 1018-1024.
- * van der Weijden GA. 20 jaar DPSI: antwoord op al je vragen. *Dentista* 2017; 6: 36-42.
- * WHO (World Health Organization). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Genève: World Health Organization, 2022.
- * Wolf TG, Cagetti MG, Fisher JM, Seeberger GK, Campus G. Non-communicable diseases and oral health: an overview. *Front. Oral Health* 2021; 2: 725460.

SUMMARY

General dental practitioners' and dental hygienists' perspectives on the guideline for periodontal screening, diagnostics, and treatment in general practice

In January 2021, the guideline 'Periodontal screening, diagnosis, and treatment in general practice' was introduced as a successor to the so-called *paro* protocol. Simultaneously, the Dutch Periodontal Screening Index was replaced by the Periodic Periodontal Screening. The experiences of general dental practitioners and dental hygienists with the new guideline were evaluated in the autumn of 2022. Random groups of 1,000 general dental practitioners and 400 dental hygienists were invited to answer an online questionnaire on this topic: 125 (12.5%) general dental practitioners and 102 (25.5%) dental hygienists responded. By the end of 2022, a large majority of both groups were using the Periodic Periodontal Screening. Both professional groups were satisfied with the new guideline. Dental hygienists used the Periodic Periodontal Screening in more cases than general dental practitioners and were also more frequently satisfied with the new guideline. Both oral healthcare professionals believed that the Periodic Periodontal Screening offers better opportunities to involve the patient in periodontal care compared to the Dutch Periodontal Screening Index.

DANKWOORD

De auteurs danken Elea Kooiman-van der Wal, Leontien Kruiskamp en Marieke Smits voor hun inbreng bij de ontwikkeling van de vragenlijst.

AUTEURSINFORMATIE

J.C.L. den Boer^{1,2}, B.A.F.M. van Dam¹, G.A. van der Weijden^{3,4}, J.J.M. Bruers^{1,2}
Uit 'de afdeling Onderzoek en Informatievoorziening van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de secties ²Maatschappij en Mondgezondheid en ³Parodontologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en ⁴de Paro Praktijk Utrecht/Implantologie Utrecht
Datum van acceptatie: 21 augustus 2024
Adres: J.C.L. den Boer, KNMT, Postbus 4141, 3502 HC Utrecht
j.den.boer@knmt.nl