

Uitdagingen voor de preventieve tandheelkunde

In de jaren 1970 en 1980 trad een enorme verbetering van de mondgezondheid op. De prevalentie van cariës nam spectaculair af, het percentage personen met een volledig gebitsprothese daalde van 32 in 1981 naar 13 in 2006 (NTvT 2015; 122: 162-167) en op basis van epidemiologisch onderzoek van Hugoson et al (Swed Dent J 2005; 29: 125-138; 139-155) in Zweden mogen we verwachten dat ook in Nederland alle energie die in de parodontale zorg is besteed zijn vruchten heeft afgeworpen. Er lijkt echter stilstand te zijn gekomen in de stijgende lijn, want mondgezondheid van cohorten geboren na circa 1990 (een arbitraire grens) lijkt niet (veel) beter dan die van de cohorten geboren rond 1980. Bovendien is er een sociale gradiënt met een groep waarvan de mondgezondheid erg slecht is (Caries Res 2016; 50: 489-497). Primaire cariës treedt nu ook frequent op bij ouderen en veel ouderen hebben nog een eigen dentitie als hun cariërisico toeneemt door bijvoorbeeld multimediatie of door onvermogen tot goede zelfzorg. In Nieuw Zeeland, waar een cohort patiënten vanaf 6 tot voorbij de 40 jaar werd gevolgd, bleek een driedeling: 43% behield een goede mondgezondheid, 42% kreeg een gematigde hoeveelheid cariës en 15% kreeg heel veel cariës. Bij bijna iedereen was de

tijdslijn van het ontstaan van cariës een rechte lijn (J Dent Res 2008; 87: 69-72). Blijkbaar was het de aangeboden gezondheidszorg - en die week niet veel af van het model in andere westerse landen - niet gelukt om personen in een lager risicotraject te brengen. Veel van de professionele energie was ongetwijfeld besteed aan de behandeling van secundaire cariës en dat maakt de preventie daarvan net zo'n belangrijk probleem als de preventie van primaire cariës.

Onderzoek laat zien dat er nog gezondheidswinst behaald kan worden door meer aandacht te besteden aan de gedragswetenschappelijke en maatschappelijke kant van de mond(verzorging). In Finland bleek een geïntensifieerd preventieprogramma niet te leiden tot minder cariës bij kinderen met een hoog cariërisico (Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 26-34). Wanneer het programma niet integraal werd aangeboden, maar alleen de onderdelen waarvoor de patiënten zelf de verantwoordelijkheid op zich namen, resulteerde het programma wel in minder cariës (Caries Res 2007; 41: 384-391). Een gelijke ervaring is opgedaan in Nederland. In een praktijk voor jeugd tandzorg in Den Bosch werden 3 behandelprotocollen met elkaar vergeleken (NTvT 2015; 122: 200-208). Behandelprotocol 1 bestond uit op maat gemaakte instructie en voorlichting waarbij het aantal en de frequentie van de controleafspraken individueel werden gepland. Professionele preventie werd alleen gegeven bij waargenomen cariësactiviteit. Dit protocol was gekopieerd van het Deense Nexø-project en wordt in Nederland door het Ivoren Kruis uitgedragen onder de naam 'Gewoon Gaaf'. Behandelprotocol 2 hield de gebruikelijke zorg in met 4 keer per jaar een lokale fluorideapplicatie. Behandelprotocol 3 was gebruikelijke zorg met 2 maal per jaar een lokale fluorideapplicatie en tevens werden alle fissuren voorzien van sealants. Met behandelprotocol 1, waarbij de verantwoordelijkheid van de preven-

tieve zorg uitdrukkelijk bij de patiënt werd neergelegd, kregen de kinderen aanmerkelijk minder cariës dan met behandelprotocollen 2 en 3 en bovendien was de zorg goedkoper. Belangrijk voor deze behandelstrategie is vroege diagnostiek van het cariësproces en het op juiste wijze motiveren van patiënten. Beide worden tegenwoordig gezien als belangrijke pijlers van het cariësmanagement.

Een groter wordend probleem is het aantal patiënten dat niet (meer) de mondzorgpraktijk bezoekt. Een van de mogelijk oplossingen is actievere participatie in de publieke gezondheidszorg. Een mooi voorbeeld hiervan is het project Child Smile in Schotland, waar zogenoemde 'dental health support workers' worden gedetacheerd op het Schotse equivalent van het consultatiebureau en ook de verantwoordelijkheid hebben om preventieve tandheelkunde te stimuleren op crèches en scholen. Naast de patiënten die nog niet de mondzorgpraktijk bezoeken, zijn er patiënten die niet meer de praktijk bezoeken. Vanuit preventief oogpunt is het hier noodzaak dat vanuit de tandheelkunde actief hulp wordt geboden aan de mantelzorg en de professionele zorg. In recente jaren zijn in Nederland in dit opzicht initiatieven gestart, zoals: De mond niet vergeten!, (h)Oud de mond gezond en Programma Mondzorg voor Kwetsbare Ouderen.

Er liggen dus nog veel uitdagingen voor de preventieve tandheelkunde. Alvoorts progressie te kunnen maken is het raadzaam om een overzicht te maken van wat we wel en niet weten. Daarom hebben we deskundigen in Nederland gevraagd om de kennis van nu op papier te stellen en u aan te bieden als een serie over de preventieve tandheelkunde. De serie start in deze editie; de overige bijdragen zullen in de loop van 2017 verschijnen. We hopen dat u er veel inspiratie uit kan opdoen om ongunstige gezondheidstrajecten van uw patiënten om te buigen tot een traject waarin mondgezondheid levenslang gewaarborgd is.

