

Vijftig jaar kindertandheelkunde: hoe nu verder?

Tot circa 50 jaar geleden vond de tandheelkundige behandeling van kinderen vooral plaats binnen de overal aanwezige schooltandverzorgingsdiensten. Het overgrote deel van de 6- tot 12-jarige kinderen werd daar behandeld. Bijna alle 6-jarigen hadden een desastreuze gebitssituatie, het dmfs-getal bedroeg op 6-jarige leeftijd circa 15. Gezien deze slechte situatie van het tijdelijk gebit werd binnen de schooltandverzorging de behandeling primair gericht op de blijvende dentitie en bestond de behandeling van het tijdelijk gebit veelal slechts uit extracties. Het is zeer aannemelijk dat een aantal kinderen in die tijd angstig zijn geworden voor tandheelkundige behandelingen. Midden jaren 1960 werd, in een poging in deze behandelwijze verandering aan te brengen, door de gebroeders Van Amerongen binnen de studentenopleidingen in Utrecht en Nijmegen gestart met de tandheelkundige behandeling van kleuters vanaf de leeftijd van 2 jaar. Daarmee werd in feite de basis gelegd voor de kindertandheelkunde zoals wij die thans kennen. In de daaropvolgende jaren vond dit initiatief in steeds meer plaatsen navolging en werden schooltandverzorgingsdiensten omgezet in diensten voor jeugdtandverzorging. De behandeling van peuters en kleuters was echter nog steeds

primair gericht op de restauratieve behandeling van de vele caviteiten in het tijdelijk gebit mede door het feit dat in het ziekenfondssysteem alleen voor restauratieve behandelingen een vergoeding bestond.

Na de introductie van de fluoridetandpasta's en de aandacht voor een mooi en gezond kindergebitt in de damesbladen, naar aanleiding van de voorlichtingsacties van het Ivoren Kruis, verbeterde in de periode van 1970-1990 de gebitssituatie van het tijdelijk gebit spectaculair. Zo'n 60% van de kinderen bleef cariësvrij. Toen ondanks de toegenomen aandacht voor de preventie het percentage cariësvrije kinderen niet verder steeg, werd 20 jaar geleden de fluorideconcentratie in de kindertandpasta's sterk verhoogd. Helaas bleek in de loop der jaren deze verandering niet het beoogde resultaat op te leveren. Het percentage cariësvrije kinderen werd niet hoger en het gemiddelde dmfs-getal van de 6-jarigen bleef sindsdien ongeveer 3 bedragen. Een gemiddeld dmfs-getal van 3 betekent feitelijk dat de 40% van de kinderen die cariës krijgen, ongeveer 8 door cariës aangetaste, geëxtraheerde en/of geresatureerde vlakken heeft. De grote vraag binnen de kindertandheelkunde is daarom hoe ook de gebitssituatie van deze groep kinderen alsnog verbeterd kan worden.

Kan het zijn dat bij vele autochtone en allochtone ouders in vooral het lage sociaaleconomische milieu de boodschap met betrekking tot het vermijden van suikergebruik en/of het regelmatig poetsen niet wordt begrepen of onjuist wordt gecommuniceerd? Moeten tandartsen en mondhygiënist niet uitgebreid worden getraind in de methode van Motivational Interviewing, zodat die massaal zal worden toegepast in plaats van de traditionele wijze van voorlichting? Zeker als het gaat om veranderingen met betrekking tot het poetsgedrag en de voeding binnen de eigen specifieke gezinssituatie van het kind en daarbij rekening houdend met het type ouder(s)?

Moet ook in Nederland de NOCP-benadering (voor het eerst toegepast in Nexø) niet massaal worden ingevoerd vanaf het eerste levensjaar gecombineerd met een

hernieuwde introductie van een of andere vorm van georganiseerde jeugdtandverzorging? Een systeem waarin ook nadrukkelijk een relatie bestaat tussen de tandheelkundige verzorging en andere aspecten van de Jeugdzorg. Veel cariës op jonge leeftijd kan immers duiden op de bredere problematiek van kinderverwaarlozing.

Moeten ouders niet nog directer bij de preventie worden betrokken door, in plaats van het routinematig restaureren van ontstane caviteiten, een caviteit in het tijdelijk gebit juist niet restauratief te behandelen? Aan de ouders vervolgens de taak om die (opgelegde) caviteit plaquevrij te houden en zo het cariësproces tot stilstand brengen. Door het restaureren lijkt immers, ten onrechte, het achterliggende probleem opgelost te zijn. Reeds eerder werd in 2010 door P. van Amerongen en W. van Palenstein Helderman in dit tijdschrift gepleit voor een dergelijke paradigmaverschuiving in de kindertandheelkunde (NTVT 2010; 117: 139-141).

Of moeten we zelfs niet langer krampachtig - soms door gebruik te maken van algehele anesthesie - trachten de caviteiten in het tijdelijk gebit te behandelen? Dit alles gezien de vraagtekens die gesteld kunnen worden bij het nuttig rendement daarvan en het uiteindelijke effect op de gebitssituatie in het blijvend gebit?

En als een non-restauratieve behandeling (zeker als het kind jonger is dan 4 jaar) niet langer mogelijk is en er toch restauratief behandeld moet worden, kan dat dan zeer kindvriendelijk en zo pijnvrij mogelijk zodat er geen blijvende behandelangst ontstaat, resulterend in vermijdingsgedrag op volwassen leeftijd?

Hebben wij door de verbeterde preventie bij veel kinderen weliswaar cariës voorkomen, maar tegelijkertijd in die schonere monden misschien een situatie geschapen waarin door een suikerarme maar zure voeding erosie een nieuwe vijand is geworden van het kindergebitt?

In dit themanummer zal getracht worden om, op basis van de laatste inzichten en onderzoeksgegevens, daar waar mogelijk antwoorden te vinden op voornoemde vragen.

