

Voorlichting mondhygiëne. Over consistentie gesproken

“Laat uw kind de fluoridetandpasta maar gewoon inslikken. Nee, fluoridetabletjes geven we niet meer”. Een advies, recent gegeven door een tandarts aan een moeder. Deze tandarts verkeert blijkbaar nog in de veronderstelling dat de cariespreventieve werking van fluoride vooral systemisch is en niet topisch. Een incident denk je dan, een uitzondering, iemand die niet op de hoogte is van nieuwe inzichten over de topische werking van fluoride, overigens al bekend sinds de jaren '80 van de vorige eeuw. Maar op het congres van de Vereniging Promotie Mondhygiëne (VPM) in januari 2011 in het Koninklijk Instituut voor de Tropen bleek dat de meeste deelnemers daar diezelfde achterhaalde mening hadden: fluoridewerking is vooral systemisch. Bij deze: de werking van fluoride is vooral topisch.

Over mondhygiëne bestaan onder het publiek de meest uiteenlopende meningen: over de frequentie van het tandenpoetsen, het tijdstip en tot welke leeftijd van het kind de ouders moeten napoetsen, evenals over wanneer een tandenborstel moet worden vervangen en over de meest effectieve techniek om de tanden te poetsen. Ik werd weer helemaal alert op voorlichting en richtlijnen door een recente publicatie over landelijke

richtlijnen voor de mondhygiëne van kinderen (*Int J Paediatric Dent* 2011; 21: 223-231). Eenduidigheid in richtlijnen blijkt helaas ver te zoeken!

Van 10 landen die internationaal het meest publiceren over tandheelkunde, Australië, Brazilië, Canada, Denemarken, Engeland, Finland, Noorwegen, Japan, de Verenigde Staten en Zweden, werd een inventarisatie gemaakt van de richtlijnen voor de mondhygiëne van kinderen die door tandheelkundige organisaties in betreffende landen worden uitgebracht. Richtlijnen van verenigingen voor kindertandheelkunde, tandartsverenigingen (zoals de NMT) en organisaties voor de promotie van mondgezondheid (bijvoorbeeld het Ivoren Kruis) werden verzameld en vergeleken. Dit resulteerde uiteindelijk in een lijst met een bizarre variatie aan richtlijnen (n = 98) ten aanzien van het tijdstip en de frequentie van tandenpoetsen, supervisie bij het tandenpoetsen door ouders, tandenpoetstechniek, ontwerp van de borstel, vervanging van de tandenborstel, flossen, type tandpasta, hoeveelheid tandpasta bij het poetsen en de verwijdering van de tandpasta daarna.

Als je de caleidoscoop van richtlijnen in dit overzicht ziet, vraag je je af waar de professie internationaal mee bezig is. Hoe geloofwaardig denkt een professie bij het publiek over te komen met zo'n variëteit aan richtlijnen die elkaar op een aantal punten ook nog eens tegenspreken? Verwarring, scepsis en een lage therapietrouw onder het publiek is te verwachten wanneer de professie geen eenduidige richtlijnen geeft.

In Nederland hebben we de richtlijnen van het Ivoren Kruis. De vraag is interessant hoe vaak tandartsen, mondhygiënist en preventieassistenten van die richtlijnen gebruikmaken. Deze richtlijnen zijn duidelijk en relevant, maar het zijn richtlijnen. Dat impliceert dat ervan kan worden afgeweken op grond van goede indicatie. Bijvoorbeeld, de mate waarin een kind in staat is het gebit goed schoon te houden bepaalt wanneer supervisie

en napoetsen door ouders kan worden gestopt. Die indicatie is meestal gebaseerd op de aanwezige hoeveelheid plaque, maar is dat wel een goede parameter? Voordat kinderen naar de tandarts gaan, poetsen ze vaak even goed. Een betere indicatie is daarom de aanwezigheid van initiële cariës en de conditie van de gingiva. Maar hoeveel mondzorgverleners baseren hun aanbevelingen over mondhygiëne op een nauwkeurige individuele indicatie?

Therapietrouw is afhankelijk van de geloofwaardigheid van de aanbevelingen. Als ouders van elkaar horen dat het advies dat zij kregen sterk verschilt van dat van anderen zonder het waarom, dan heeft de professie een geloofwaardigheidsprobleem. Laten we hopen dat de totale chaos in voorlichting over mondhygiëne van kinderen zich beperkt tot de internationale arena, maar helemaal gerust ben ik er niet op...

