

De mondhygiënist als regisseur in de cariologie: een paar kanttekeningen.

Het besluit van minister Bruins om mondhygiënisten de bevoegdheid te geven om zelfstandig primaire caviteiten behandelen, waarbij geen opdracht van de tandarts meer nodig is, heeft een aantal consequenties, die men zich wellicht niet realiseert. Vandaar een paar kanttekeningen bij dit besluit.

Zelfstandig behandelen van primaire caviteiten wil zeggen dat de mondhygiënist tijdens een consult, zelfstandig vaststelt dat er een cariëslaesie aanwezig is die gerestaureerd dient te worden en vervolgens deze behandeling ook uitvoert zonder ruggespraak met een tandarts. Deze restauratiebeslissing is geen behandeling op zich, maar een (ongewenst) eindpunt van de behandeling van de ziekte cariës en er is tot nu toe in het debat erg weinig aandacht voor juist dit aspect.

In de benadering van de ziekte cariës zijn er de afgelopen decennia belangrijke wetenschappelijke inzichten verkregen, die hebben geleid tot aanzienlijke veranderingen:

1. Cariës is een ziekte van disbalans die (alleen) door non-operatieve (preventieve) therapie kan worden behandeld.
2. Cariëslaesies kunnen in principe in elk stadium van progressie tot stilstand komen, hoewel dit bij gecaviteerde laesies moeilijker en minder voorspelbaar is.

Dit heeft tot gevolg gehad dat zowel het moment van en de wijze van restauratieve behandeling van cariëslaesies is veranderd: Vroeger waren cariëslaesies die tot juist in het dentine reikten een indicatie voor restaureren. Tegenwoordig is die grens tussen wel en niet restauratief ingrijpen verschoven en is de restauratiebeslissing afhankelijk van het individuele cariërisico van de patiënt. Cariëslaesies tot in het dentine die niet gecaviteerd zijn worden bij voorkeur preventief behandeld. Eigenlijk is een gecaviteerde, actieve laesie de duidelijkste indicatie voor restauratief ingrijpen. Cavitatie van proximale laesies is lastig vast te stellen, en daarom worden röntgen-opnamen gebruikt om de diepte van de laesie vast te stellen. Uit onderzoek weten we dat laesies die zich in het buitenste deel van het dentine bevinden, meestal niet gecaviteerd zijn. Mede daarom is de grens voor de restauratie-indicatie opgeschoven naar diepere laesies: in het Nijmeegse onderwijs hanteren we momenteel de richtlijn dat laesies in het buitenste derde deel van het dentine NIET restauratief behandeld worden (tenzij) en laesies in het middelste derde deel wel restauratief behandeld worden (tenzij). De tenzij in de richtlijn heeft met name te maken met individuele risicoinschatting.

Preventieve, non-operatieve behandeling van cariës is dus belangrijker geworden in de afgelopen jaren. Op het eerste gezicht lijkt dit alleen maar te pleiten voor de inzet van een nadrukkelijk preventief opgeleide mondzorgprofessional in de cariologie. Hier liggen zeker kansen, maar het is de vraag of hier al voldoende op is geanticipeerd in de opleidingen. De nadruk van de preventieve taak van de mondhygiënist heeft traditioneel gelegen, de naam zegt het al, op de mondhygiëne. De rol van mondhygiëne in de zin van plaqueverwijdering op zich is bij cariës echter beperkt en cariëspreventie zal zich dus zeker ook moeten richten op dieet, lifestyle en fluoridetoepassingen. Helaas is de nadruk van de uitbreiding van de deskundigheid altijd gelegd op het technische aspect: het boren en vullen. Dat kan niemand kwalijk worden genomen: zo is het omschreven in de wet en in het nauwe kader van taakdelegatie is het geen probleem om slechts een technische vaardigheid te

leren. Maar de cariologie en de preventieve benadering ervan zijn relatief onderbelicht gebleven, en dat omvat ook de diagnostiek, risicoschatting en indicatiestelling. En bij een zelfstandige bevoegdheid, hoort ook een zelfstandige zorgtaak. Zo is er dus waarschijnlijk sprake van een achterstand in kennis, die kan leiden tot overbehandeling en daarmee tot schade voor de patiënt. Daarnaast kan overbehandeling ook nog in de hand worden gewerkt door een situatie waarin vanuit het oogpunt van veiligheid (het vermijden van pulpa-exposities, zeker in situaties waar geen tandarts aanwezig is) juist de ondiepere laesies geschikt werden geacht voor restauratieve behandeling door mondhygiënisten. Als men tijdens de opleiding juist heeft geleerd de laesies in het buitenste derde deel van het dentine zelf te behandelen, dan is de kans groot dat dit de norm voor restauratief ingrijpen blijft na het afstuderen.

Wij pleiten voor:

Een nauwe samenwerking tussen mondzorgkunde-opleidingen en tandheelkunde-opleidingen op het gebied van het cariologie-onderwijs.

Het academisch-wetenschappelijk niveau van het cariologie-onderwijs is hiermee liefst op universitair leerstoelniveau geborgd, ten dienste van beide opleidingen. De samenwerking in het klinisch onderwijs zorgt voor de voorwaarden voor een goede, efficiënte en veilige samenwerking in de mondzorg: een gezamenlijk patiëntdossier en mogelijkheden voor directe afstemming. In de masterkliniek aan de Radbouduniversiteit te Nijmegen wordt sinds dit jaar intenser samengewerkt tussen studenten mondzorgkunde en tandheelkunde. Dit past binnen de visie dat de tandarts de regisseur is van de patiëntenzorg. Een herziening van het bacheloronderwijs gaat hier ook verder op inzetten. Samen opleiden betekent ook de behandelvisies binnen de twee opleidingen op elkaar afstemmen en zo de kwaliteit van de patiëntenzorg borgen.

Een verdieping van het cariologie-onderwijs aan mondzorgkundeopleidingen en een bijscholingstraject voor geregistreerd-mondhygiënisten.

De deficiënties op het gebied van de preventieve behandeling van cariës, en van de diagnostiek, indicatiestelling en risicoschatting dienen te worden opgeheven voordat hoogwaardige cariologische zorg kan worden gegarandeerd.

Vanuit de afdeling Tandheelkunde, expertisegebied Cariologie, Radboudumc Nijmegen

Dr. Niek Opdam, Universitair Hoofddocent

Prof. Dr. Marie-Charlotte Huysmans, hoogleraar Cariologie & Endodontologie

Prof. Dr. Hugo de Bruyn, Afdelingshoofd