



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Preventie: een kwestie van samenwerken

van Loveren, C.

Publication date

2007

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

van Loveren, C. (2007). *Preventie: een kwestie van samenwerken*. (Oratiereeks). Vossiuspers.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Preventie: een kwestie van samenwerken

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Nauta & Haagen, Oss
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 471 7
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2007

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j^p het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Preventie: een kwestie van samenwerken

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder
hoogleraar in de Preventieve Tandheelkunde vanwege het Ivoren Kruis,
Nederlandse Vereniging voor Mond- en Tandhygiëne,
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 9 november 2006

door

Cor van Loveren

The logo for Vossiuspers UVA features a large, stylized, black letter 'V' on the left. To its right, the words 'OSSIUSPERS UVA' are written in a smaller, black, serif, all-caps font.

VOSSIUSPERS UVA

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan,
Leden van het bestuur van de Vereniging Ivoren Kruis,
Leden van het curatorium van deze bijzondere leerstoel,
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

Het is logisch om deze oratie te beginnen met de woorden: Het ambt van bijzonder hoogleraar is een bijzonder ambt. Maar sinds ik bijzonder hoogleraar ben, ontvang ik bijna wekelijks uitnodigingen voor bijeenkomsten als deze en ben ik tot de conclusie gekomen dat deze benoemingen helemaal niet zo bijzonder zijn. Wel is het bijzonder voor mij dat ik er sinds vorig jaar een baas bij heb, te weten het Ivoren Kruis, Nederlandse Vereniging voor Mond- en Tandhygiëne, die deze bijzondere leerstoel mogelijk heeft gemaakt. De leerstoel beslaat het terrein van de moderne, preventief georiënteerde tandheelkunde, vooral waar het gaat om de preventie van tandheelkundige aandoeningen bij risicogroepen en de vraag welke preventieve maatregelen en behandelingen effectief en efficiënt (*evidence based*) zijn. Met de leerstoel wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van onderzoek en onderwijs op deze terreinen en, op wetenschappelijke basis gefundeerde, preventieve adviezen en aanbevelingen te ontwikkelen die geïmplementeerd kunnen worden in de dagelijkse praktijk van tandheelkundige zorgverleners. Om u een inzicht te geven van de reden waarom het Ivoren Kruis dit wil, zal ik graag het Ivoren Kruis aan u voorstellen.

Het Ivoren Kruis werd op 1 maart 1910 opgericht op initiatief van de Rotterdamse Tandartsen Vereniging onder de naam de Nederlandse Vereniging tot Bestrijding van Tandbederf. Het hoofddoel van de vereniging was het verspreiden van tand- en mondhygiënische kennis onder alle lagen van de bevolking en het stimuleren van de organisatie van preventieve en conserverende tandheelkundige hulp door ziekenfondsen, gemeenten en staatsautoriteiten. Kortom, het doel was voorlichting en propaganda. De vereniging trachtte dit onder andere te bereiken door

COR VAN LOVEREN

‘het in stand houden van een reizend tandheelkundig museum’, ‘het organiseren van populaire lezingen en het beschikbaar stellen van lantaarnplaatjes en andere hulpmiddelen’.

Het Adviescollege van het Ivoren Kruis

In 1975 richtte het Ivoren Kruis het Adviescollege Preventie Mond- en Tandziekten op met als doel: het geven van adviezen over de preventie van mond- en tandziekten, het bevorderen van uniformiteit van de voorlichting en het bevorderen van onderlinge afstemming van de inhoud van de voorlichting en het onderwijs op preventief tandheelkundig terrein. Het college tracht deze doelstellingen te bereiken door inzichten vanuit de theorie en praktijk bijeen te brengen en als wetenschappelijk forum te discussiëren over gewenste preventieve maatregelen. In het college zitten in principe vertegenwoordigers van de opleidingen tandheelkunde en mondhygiëne, van de Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO), en praktiserende tandartsen en mondhygiënisten. Graag noem ik u, om het gewicht van het college te benadrukken, de namen van de leden van het eerste uur: de hoogleraren Sociale en Preventieve Tandheelkunde prof.dr. Backer Dirks (Rijks Universiteit Utrecht), prof.dr. Houwink (Vrije Universiteit te Amsterdam) en prof.dr. König (Katholieke Universiteit van Nijmegen), en de tandartsen De Kup en Ruyten, die beide belangrijke posities bekleedden in de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). Op deze plaats wil ik nogmaals prof. Backer Dirks noemen, bij wie ik mijn loopbaan begonnen ben en aan wie ik veel dank verschuldigd ben voor de opleiding die hij mij gegeven heeft, voor zijn niet-aflatend stimuleren van de wetenschap in en door de tandheelkunde, en voor het feit dat hij mij regelmatig gemotiveerd heeft door te gaan op de door mij ingeslagen weg.

In 1978 werd ik, nadat ik net een aanstelling had gekregen bij de afdeling Sociale en Preventieve Tandheelkunde in Utrecht, door Backer Dirks als broekje meegenomen naar het illustere gezelschap van het Adviescollege, en nu bijna 30 jaar later zit ik daar nog steeds in, tegenwoordig als voorzitter. Het adviescollege vormt mijn voornaamste band met het Ivoren Kruis en mijn functioneren daarin een motivatie voor mijn benoeming.

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

Evidence based *adviezen*

In de begintijd van het Adviescollege was haar gezag voldoende om de door haar genomen adviezen algemeen geaccepteerd te krijgen. Die tijd is voorbij. Adviezen moeten tegenwoordig *evidence based* zijn. De meningen en uitspraken van experts, en dus voordrachten zoals deze, staan laag op de zogenaamde ladder van *evidence*.

Ik wil u meenemen naar de adviezen van het Adviescollege, die voor iedereen toegankelijk zijn op de website www.ivorenkruis.nl. Op de openingspagina vindt u de diensten van het Ivoren Kruis waarvan u gebruik kunt maken. Ik wil met u naar de adviezen gaan die een voorbeeld zijn van een toepassing van *evidence based* tandheelkunde. De adviezen van het Ivoren Kruis zijn waar mogelijk voorzien van een merkteken (A, B of C) dat inzicht geeft in de wetenschappelijke waarde van het advies:

- *A-advies*: is gebaseerd op ten minste één gerandomiseerd en gecontroleerd klinisch experiment als onderdeel van een hoeveelheid literatuur van in het algemeen goede kwaliteit en consistentie, gericht op de specifieke aanbeveling. Anders gezegd: we weten het zeker.
- *B-advies*: is gebaseerd op de beschikbaarheid van goed uitgevoerd klinisch onderzoek, maar er zijn geen gerandomiseerde gecontroleerde klinische experimenten beschikbaar over het onderwerp van aanbeveling. Anders gezegd: we denken het zeker te weten.
- *C-advies*: is gebaseerd op bewijs afkomstig uit relevant laboratoriumonderzoek, rapporten van commissies van experts of op meningen en/of klinische ervaringen van gerespecteerde autoriteiten. In gewone woorden: we denken van wel.

In het advies zelf komen de maatregelen met de beste wetenschappelijke onderbouwing voorop in een gewogen volgorde van effectiviteit en uitvoerbaarheid. Vervolgens worden alternatieve maatregelen voorgesteld, voor het geval de eerste optie onvoldoende resultaat biedt. Deze volgende adviezen zijn in het algemeen minder *evidence based*. Als je deze systematiek volgt voor de preventieve adviezen, dan blijkt dat de eerste en dus meest *evidence based* adviezen over het algemeen gebaseerd zijn op zelfzorg en dat de professionele ‘doepreventie’ pas om de hoek komt kijken wanneer zelfzorg mislukt.

COR VAN LOVEREN

Ik constateer echter regelmatig bij naar onze preventiekliniek doorverwezen patiënten, maar ook bij vragen en opmerkingen van collega's tijdens postacademisch onderwijs, dat professionele doepreventie veel populairder is dan het geven van goede voorlichting en instructie. Het feit dat er iets gedaan wordt, geeft blijkbaar veel voldoening aan zorgverlener en patiënt, en soms wordt de tactiek gevolgd van 'hoe meer hoe beter'. Maar bevordert dit de mondgezondheid ook effectief en efficiënt? De kans is groot dat de patiënt een onterecht gevoel heeft afdoende beschermd te zijn en zelfzorg verwaarloost. We doen het voor de patiënt, we doen het niet samen met hem. Bezoeken van patiënten aan onze preventiekliniek zijn voor hen vaak teleurstellend, in die zin dat de patiënt een nog geavanceerdere behandeling had verwacht terwijl uit onze diagnose bijna altijd voortvloeit dat er beter gepeetst moet worden.

'Een nadeel' van de methodiek om adviezen te voorzien van een maat van de wetenschappelijke waarde is dat reeds gebruikte adviezen wel eens minder *evidence based* blijken te zijn dan hun populariteit doet vermoeden en dat het Adviescollege, wanneer het bij gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing geen advies geeft, door enthousiaste collega's wordt gezien als een college dat er niets of, in het beste geval, nog niets van weet. Daar kan ik u een voorbeeld van geven. Op veel plaatsen in den lande wordt verteld dat het beter is om niet te spoelen na het tandenpoetsen. Dit advies wordt gegeven vanuit een toe te juichen drijfveer om de beste adviezen aan patiënten te geven en is gebaseerd op observationeel epidemiologisch onderzoek. De achterliggende gedachte laat zich gemakkelijk uitleggen aan de hand van de vraag of u parfum of aftershave voor of na het douchen gebruikt. Erna natuurlijk: als je iets zorgvuldig hebt aangebracht, moet je dat niet wegspoelen. Voor actieve ingrediënten van tandpasta's zou kunnen gelden dat deze weggespoeld worden als na het poetsen gespoeld wordt. Op dit moment zou echter het advies om 'niet te spoelen na het tandenpoetsen' ondanks zijn populariteit slechts de kwalificatie C krijgen, we denken het (Sjögren e.a., 1995, p. 435-441; Machiulskiene e.a. 2002, p. 301-307). De moeilijke taak van het Adviescollege is nu om het enthousiasme over dit specifieke onderwerp in goede banen te leiden zonder het enthousiasme voor preventie te schaden. Voor mij is dit een uitdaging en een belangrijke taak als hoogleraar van het Ivoren Kruis.

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

Adviezen moeten duidelijk en transparant zijn. Het transparant maken van adviezen dwingt de professional om een goede motivatie te geven als hij/zij adviezen geeft. Dit kan veel onduidelijkheden voorkomen, wat ik wil illustreren met een situatie uit de praktijk van een collega.

Man en vrouw hebben ieder nog hun eigen tandarts. Om de beste verzorging aan hun kind te geven, vragen beiden aan hun tandarts of je nu het beste voor of na het ontbijt je tanden kunt poetsen. U raadt het al: de een zegt ervoor en de ander zegt erna, en de ouders zijn in opperste verwarring. De verwarring zou natuurlijk minder groot of er helemaal niet geweest zijn als beide tandartsen hun mening duidelijker naar voren hadden gebracht, want dan hadden de ouders op grond van argumenten een keuze kunnen maken. In dit gezin maakte de scheiding een einde aan de verwarring: de kinderen poetsen hun tanden nu doordeweeks na het ontbijt en in het weekend voor het ontbijt. Het is voor mij een uitdaging om dit soort verwarringen te voorkomen met behulp van Ivoren Kruis-adviezen.

Ik ga nu overigens niet vertellen of u voor of na het ontbijt uw tanden moet poetsen. De tandartsen in de zaal weten het wel en de overigen kunnen het tijdens de borrel aan hen vragen. Vraagt u het dan wel aan een oneven aantal tandartsen: het antwoord blijft dan tenminste niet onbeslist.

In het verleden behaalde successen

In de jaren zestig van de vorige eeuw was er heel veel tandbederf. De aanvankelijke oplossing werd gezocht in het stimuleren van een gezonder eetgedrag en het fluorideren van het drinkwater; dat laatste ging uiteindelijk niet door (in 1976). Aan de maatregel die daarna een grote bijdrage zou leveren aan de verbetering van het gebit – het gebruik van fluoridetandpasta – werd in eerste instantie niet gedacht, omdat de professie nog niet overtuigd was van de effectiviteit van fluoride-tandpasta en niet zoveel vertrouwen had in u; we dachten dat we u er niet toe zouden kunnen bewegen om een tandenborstel en tandpasta te gebruiken. Maar dat is over, getuige recente krantenkoppen zoals ‘De Nederlander poetst erop los’ en ‘Nederlanders zijn Europees kampioen tandenpoetsen’.

Tussen het midden van de jaren zestig en het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw nam het aantal gaatjes in het melkgebit bij zesjarigen af van gemiddeld 18 tot gemiddeld circa 4 en bij twaalfjarigen in het blijvende gebit van gemiddeld 8

COR VAN LOVEREN

tot gemiddeld 1 (Kalsbeek e.a., 1992, p. 204-208) – een enorme verbetering. In die periode werd veel epidemiologisch, tandheelkundig onderzoek uitgevoerd, en aan een behoorlijk aantal daarvan heb ik mogen meedoen. Een groot aantal van deze onderzoeken werd uitgevoerd in het kader van de evaluatie van collectieve preventieprojecten, en geconstateerd werd dat de verbetering van de gebitten in proef- en controlegemeenten gelijke tred hield (Kalsbeek, 1982, p. 107-117). Voor criticaster was dat een reden om te concluderen dat voorlichting niet helpt, voor enthousiastelingen juist om te concluderen dat een project altijd buiten haar grenzen treedt en het effect ervan zich als een olievlek uitbreidt. Maar wat er in die periode veranderde waardoor een dergelijke verbetering van het gebit kon optreden, was de houding van de bevolking ten opzichte van het gebit. Daardoor verbeterde de kwaliteit van zelfzorg in sterke mate en steeg het gebruik van fluoridetandpasta van 0 tot circa 95%.

Geen garantie voor de toekomst

In het verleden behaalde successen zijn geen garantie voor de toekomst. Het blijkt dat er al vanaf 1985 geen of nauwelijks verdere verbetering in de gebitstoestand van de jeugd is opgetreden. Veel tandartsen beweren zelfs te ervaren dat de gebitstoestand momenteel verslechtert. Dat wordt niet bevestigd door het onderzoek van de twee onderzoeksgroepen in Nederland die regelmatig de gebitstoestand van de jeugd monitoren (Poorterman en Schuller, 2003, p. 37-66; Truin e.a., 2007).

Je kunt stellen dat de succesvolle preventie heeft geleid tot tweedeling in een groep waarbij preventie wel is aangeslagen en één waarbij dit niet gebeurd is, de risicogroep. Wie vallen er onder deze risicogroep en wat zijn haar vooruitzichten?

Onvoldoende zelfzorg een groot probleem

Als zelfzorg tekortschiet, is er sprake van een risico voor de gebitsgezondheid. Dit geldt niet alleen voor tandcariës, waarover ik tot nu toe heb gesproken, maar *mutatis mutandis* ook voor ontstoken tandvlees en tanderosie. Het ontbreekt mij aan spreektijd om op alle drie de problemen individueel in te gaan. Voor alle drie

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

de gebitsproblemen geldt dat niet zozeer het ontbreken van oplossingen ervoor bepalend is, maar vooral het niet toepassen daarvan. Dit probleem beperkt zich niet alleen tot de groep waarover ik tot nu toe voornamelijk heb gesproken, de jeugd, maar kan zich bij iedereen voordoen.

Er kunnen verschillende oorzaken zijn van onvoldoende zelfzorg. Soms schiet de mondhygiëne net tekort, en dan kan een iets intensievere preventieve begeleiding uitkomst bieden. Bij andere gevallen zijn de betreffende personen onvoldoende gemotiveerd om hun tanden goed te verzorgen en vallen zij door de mazen van het net bij preventie en preventieve campagnes. Ook zijn sommigen mensen niet in staat tot een goede mondverzorging door een handicap of omdat ze zorgafhankelijk zijn geworden terwijl er daarnaast onvoldoende verzorging door derden is. Dit laatste probleem zal toenemen met de vergrijzing in Nederland (Baat, 2004, p. 52-54). Elke risicogroep heeft zijn eigen specifieke aanpak nodig, maar een gemeenschappelijk feit is dat preventie zal moeten leiden tot een betere verzorging van het gebit.

Ik wil even terugkomen op de groep die niet gemotiveerd lijkt te zijn. Dit oordeel wordt dikwijls gegeven als de voorlichting niet aanslaat. Daarbij wordt echter over het hoofd gezien dat deze voorlichting vaak gebaseerd is op de veronderstelling dat het voldoende is mensen te informeren over hun risicovol gedrag om een gedragsverandering te bewerkstelligen. Bovendien staan de voorgestelde gedragsveranderingen vaak te ver van de mensen af en zijn ze niet gebaseerd op het versterken van de effectieve componenten van het bestaande gedrag. Moderne modellen van gezondheidsvoorlichting houden rekening met de individuele belemmerende factoren om mensen aan te zetten tot gezond gedrag. Een van de daarbij gebruikte technieken is *motivational interviewing*, waarbij men de patiënt zelf laat zoeken naar de voor hem belemmerende factoren (Bundy, 2004, p. 43-47). Deze en vergelijkbare technieken worden weinig toegepast in de tandartspraktijk. De kwalificatie 'patiënt is niet gemotiveerd' is in een aantal gevallen eigenlijk een verkeerde vertaling van de kwalificatie 'hulpverlener is niet vaardig'.

Toekomstperspectief

Wat is het tandheelkundige toekomstperspectief van de risicogroepen? Kunnen we de verzorging daar brengen waar deze nu ontbreekt of komen er betere producten? Ik wil met u kijken naar verschillende vormen van preventie die in het verleden een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de verbetering van de gebitsgezondheid: de collectieve preventie, de preventieve middelen en de preventie door de professional in de tandheelkundige praktijk.

Collectieve preventie: investeren is noodzaak

Wat betreft collectieve preventie komen de huidige risicogroepen er bekaaid af. Op consultatiebureaus en tijdens de periodieke geneeskundige onderzoeken op school wordt hier wel iets aan gedaan, maar de tijd en frequentie zijn uiteraard beperkt want er zijn zoveel andere problemen. Gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor de collectieve preventie voor de jeugd van 4 tot 18 jaar, stellen hiervoor landelijke gezien minder dan 3 minuten tijd per schoolklas beschikbaar (Van Loveren en Eijkman, 2003, p. 493-499). Collectieve preventie voor andere doelgroepen dan de jeugd bestaat nauwelijks. Wie stimuleert het personeel in verzorgings- en verpleeghuizen om adequate zorg te geven? Gelukkig lopen er enkele enthousiastelingen in Nederland rond die zich hiermee bezighouden en vindt er enige mate van coördinatie plaats vanuit het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Maar dit is slechts een parttime functie voor heel Nederland, en deze functie wordt bij voortdurende bedreigd in haar voortbestaan. Het zou de tandheekunde sieren als zij de verantwoordelijkheid nam voor de financiering van deze functie. Zie het als een *after sales-service* aan patiënten waaraan goed verdiend is.

Er komen steeds meer geluiden uit het tandheelkundige veld om de collectieve preventie op het gebied van de tandzorg te versterken. Ik zou dit prachtig vinden, want investeren is noodzaak. Erg concreet zijn degenen die meer collectieve preventie claimen echter niet, en zeker niet omtrent de vraag waar de financiering vandaan moet komen.

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

Het Tweede Kamerlid Siem Buijs zei hierover in het *Nederlandse Tandartsenblad* (NT) van 9 september 2005: 'We zijn momenteel druk bezig om te kijken hoe preventie in algemene zin binnen het nieuwe verzekeringssysteem gewaarborgd kan blijven. Immers, een verzekeraar die investeert in preventie heeft daar niet zoveel aan, omdat de verzekerde zo weer kan overstappen naar een andere verzekeraar. Er ligt een voorstel van mij om een bepaald percentage, zo'n één à anderhalf procent, af te zonderen van het totaalbedrag aan premie-inkomsten. Dit bedrag is bestemd voor een algemene pot ten behoeve van preventie, waaruit ook de collectieve preventie kan worden betaald. Of dit ook aan collectieve preventie in de tandzorg moet worden besteed, kan ik zo niet beoordelen. In ieder geval heeft de minister zeer positief op mijn idee gereageerd.'

Maar er is nog niets gebeurd.

Een mogelijkheid voor collectieve preventie die op het ogenblik prominent aanwezig is, zijn campagnes van verzekeringsmaatschappijen en industrie. Zo is het nu de Nationale Poetsweek en zo hebben we een tijdje geleden zelfs een Maand van de Mond gehad. Een goede samenwerking hierin waarbij duidelijke gezondheidsdoelen worden geformuleerd en nagestreefd, en effecten worden geëvalueerd, is aan te bevelen en vormt een belangrijke taak voor de tandheelkundige partners in deze projecten.

Ook reclame voor producten kan gezien worden als een vorm van collectieve preventie. Het Ivoren Kruis wil deze ondersteunen door een keurmerk te geven aan producten die gebitsveilig zijn. Het is de taak van het Adviescollege om op basis van onderzoek de gebitsveiligheid van de producten te beoordelen.

Ontwikkelingen in preventieve middelen: minder therapietouw

De industrie is constant bezig om haar producten te verbeteren, maar als die producten niet of niet goed door de risicogroepen gebruikt worden, dan maakt het niet zoveel uit of een product iets beter is of niet.

Een ontwikkeling die mij veelbelovend lijkt, is dat de industrie tandvriendelijke producten gaat maken. Bekend zijn natuurlijk de suikervrije producten, maar een nieuwe ontwikkeling zijn tandvriendelijk producten die minder tanderosie veroor-

zaken (Huijsmans e.a., 2006, p. 50-55). Er zit hierbij echter wel een addertje onder het gras: het woord ‘tandvriendelijk’ is niet beschermd. Bij het ene product betekent tandvriendelijk dus iets anders dan bij het andere product. Het Adviescollege zal proberen u hierover adequaat te informeren via de website van het Ivoeren Kruis.

Een mogelijk nieuwe ontwikkeling op het terrein van tandvriendelijke producten vormen producten met probiotica. U kent ze wel de melkjes en dergelijke met melkzuurbacteriën die goed zijn voor uw darmflora. Sommige van deze melkzuurbacteriën vormen remstoffen tegen bacteriën die een belangrijke rol spelen bij het cariësproces (Ahola e.a., 2002, p. 799-804; Petti e.a., 2001, p. 705-712). Er zal meer onderzoek gedaan moeten worden naar de bijdrage van deze producten aan mondgezondheid.

Een andere verbetering zou kunnen bestaan uit het ontwikkelen of invoeren van toepassingen die minder therapietrouw vragen. Bekende voorbeelden hiervan zijn drinkwaterfluoridering, schoolmelkfluoridering en keukenzoutfluoridering. Omdat het moeilijk is het gebruik hiervan specifiek te richten op en te beperken tot de risicogroepen, zal de invoering van dergelijke maatregelen veel discussie teweegbrengen. Bovendien zijn ze niet stimulerend voor het ontwikkelen van de eigen verantwoordelijkheid.

Een betrekkelijk nieuw middel om in te zetten als er sprake is van weinig therapietrouw zijn *slowrelease*-preparaten. Kleine reservoirs met fluoride kunnen op de tand geplakt worden (Toumba en Curzon, 2005, p. 195-200). Deze fluorideverzorging kan uitgevoerd worden met een minimale participatie van de patiënt, maar de ontwikkeling hiervan bevindt zich nog in een experimenteel stadium en zij is voorlopig nog niet op de markt.

De tandheelkundige praktijk: zonder patiënt lukt het niet

Gezien de beperkte mogelijkheden van de collectieve preventie en het feit dat er op korte termijn geen grote tovermiddelen of -drankjes te verwachten zijn, moet de tandheelkundige preventie een nog belangrijkere taak van tandartsen-algemeen practici en hun medewerkers worden. Een belangrijke beperking van deze preventie is echter het feit dat niet iedereen naar de tandarts gaat. Zo is er onder kinderen een categorie die de weg naar de tandarts niet kan vinden en zo zijn er ook de

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

oudere risicopatiënten: zelfstandige, kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen en bewoners van verzorgings- en verpleegtehuizen, die moeilijk de tandarts kunnen bezoeken. Hoe blijft voor hen de toegang tot tandheelkundige zorg verzekerd? Er is geen structuur in Nederland om deze problematiek op te lossen.

Recente publicaties laten zien dat meer professionele doepreventie niet evenredig meer succes oplevert. In een onderzoek waarin aan één risicogroep een basispreventieprogramma werd aangeboden en aan een andere risicogroep een circa twee keer zo intensief programma, werd na drie jaar een half gaatje verschil gevonden in de cariëstoename (Hausen e.a., 2000, p. 26-34). Dat is weliswaar een klein, maar wel een duur verschil. De algemene opvatting onder de Europese 'preventici' waarom deze intensieve professionele doeprogramma's weinig meer effect sorteren, is dat zij onvoldoende de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, en daarmee de zelfzorg, stimuleren

Bezinningsmomenten

Om zelfzorg meer te stimuleren, lijkt het nodig de preventie systematisch aan te pakken. Als mogelijkheid hiertoe heeft het Adviescollege voorgesteld om, in ieder geval tot het achttiende levensjaar, op bepaalde tijden voor de patiënt bezinningsmomenten in te lassen (Ivoren Kruis, 2001). Op die momenten wordt de gehele gebits situatie opnieuw beoordeeld en alle bestaande (voor)oordelen opnieuw gewogen. Er wordt geëvalueerd of de zelfzorg in de voorafgaande periode adequaat is geweest en een plan opgesteld voor de volgende periode, waarbij de bedreigingen voor het gebit uitdrukkelijk besproken worden. Het effect van deze systematiek dient onderzocht te worden.

Nexø

Een andere systematiek werd geïnitieerd in Nexø op het Deense eiland Bornholm door het tandartsenechtpaar Christiansen. Deze systematiek gaat uit van de gedachte dat risicokinderen extra aandacht verdienen. Op een eenvoudige wijze werd het risico bepaald, waarbij motivatie voor gebitsverzorging en het meest recente cariësverleden een belangrijke rol speelden. Tot circa het vijfde jaar werd

COR VAN LOVEREN

de motivatie van de ouders (goed/slecht) en de toestand van het melkgebit (gaaf/niet gaaf) gebruikt om te bepalen hoe vaak kinderen en ouders moesten terugkomen om gemotiveerd te worden tot een betere zorg. De patiënten en hun ouders kregen daarbij een intensieve training in het op de juiste wijze verwijderen van tandplaque. De periode waarin de eerste en tweede blijvende kiezen doorbreken, werd bij deze methode beschouwd als één waarin men extra risico loopt, omdat de doorbrekende kiezen tijdens het reinigen vaak vergeten worden. De criteria waaruit het risico voor gebitsverval werd afgelezen, werden in deze leeftijdperiode (6-14 jaar) uitgebreid met de cariëstoestand van de doorbrekende kiezen. Het controle-interval, dat bepaald werd door hoogte van het verwachte risico, varieerde van 1 tot 6 maanden. Na drie jaar hadden de kinderen in de experimentele groep een betere mondgezondheid in vergelijking met controlekinderen die het reguliere preventiepakket ontvingen, terwijl er minder behandel tijd nodig was (Ekstrand en Christiansen, 2005, p. 455-467).

De onderzoekers toonden hiermee aan dat het mogelijk is de gezondheid van het gebit meer te bevorderen met 'samen doen preventie' dan met professionele doepreventie. Een dergelijke aanpak hoeft zeker niet beperkt te worden tot de jeugd maar zou ook kunnen worden ingevoerd voor ouderen. We kunnen de oudere patiënt een (al of niet kosteloze) periodieke inventarisatie van mondgezondheidsrisico's aanbieden opdat op tijd een preventief plan wordt opgesteld voor zelfzorg en mantelzorg. In dit kader zou ik willen spreken van 'zorg voor verzorging'-preventie.

Preventie: core business

Het moge duidelijk dat preventie *core business* in de tandheelkunde zou moeten zijn, maar wat als ik het nu spel als 'Cors business'?

Onderwijs

Wat betreft het onderwijs zie ik een grote uitdaging in het opleiden van studenten die oog hebben voor preventie. In dit kader vraag ik me af of het niet mogelijk is VWO-scholieren met een vakkenpakket dat toegang geeft tot een studie die opleidt tot een professional die gedragsproblematiek kan behandelen, ook toe te

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

laten tot de studie tandheelkunde. Bovendien wil ik er voor pleiten om differentiatie in de opleiding aan te brengen, niet zozeer op het feit of je boor links- of rechtsom draait, maar op basis van het achterliggende vakgebied waarin de student deskundigheid wil ontwikkelen. Zo stel ik mij voor dat je kunt afstuderen als tandarts-gedragswetenschapper, tandarts-(medisch)bioloog, tandarts met een specialisatie in de tandheelkundige medische interacties en tandarts-chemicus, -fysicus of -materiaalkundige, waarbij de klinische vaardigheden door iedereen goed beheerst worden (Van Eijden e.a., 2003). In het postacademische traject kunnen nieuwe ontwikkelingen dan beter en sneller ingepast worden en ook beter afgestemd worden op de tandheelkundige praktijk. Wetenschappelijke informatie zal sneller doorsijpelen naar de algemene praktijk, en – wat belangrijker is – ook informatie die, zoals het eerdergenoemde *motivational interviewing*, niet direct is om te zetten in een commercieel product zal de kans krijgen door te dringen in de praktijk.

Mijn opdracht om te zorgen voor *evidence based* behandelingen probeer ik in te vullen als verantwoordelijke voor het onderwijsblok Tandarts en Wetenschap. Daarin staan *clinical decision making*, evaluatie van het eigen werk en de ‘Picovraag’ – inmiddels een gevleugeld begrip op ACTA –, centraal. Pico staat voor *Problem, Interventie, Comparison* (vergelijking) en *Outcome* (uitkomst) en dwingt de student heel concreet te formuleren waarom hij of zij bepaalde behandelingen verricht of bepaalde adviezen geeft (Van Loveren, 2006, T4, p. 1-19). Ik wil u daar een voorbeeld van geven.

Preventie van cariës kan bewerkstelligd worden met fluoride (versterking van het tandglazuur) maar ook met chloorhexidine, een antimicrobieel middel dat de tandplaque bestrijdt. Ondanks fluoridebehandelingen krijgt een patiënt nog altijd cariës, en de tandarts vraagt zich af of niet beter een chloorhexidine-applicatie kan worden toegepast. De volgende Picovraag kan dan worden gesteld: Zou bij een patiënt met cariësactiviteit (het probleem), de nieuwe interventie (een chloorhexidinebehandeling) in vergelijking met de oude interventie (de *comparison in casu* een fluoridebehandeling) resulteren in minder cariës (de uitkomst)? De student moet zelfstandig de literatuur hierover weten te vinden, deze kunnen beoordelen op wetenschappelijke kwaliteit en antwoord op deze vraag kunnen geven. Hiermee proberen we tandartsen op te leiden die meer dan voorheen het beste bewijs gebruiken bij de behandeling van hun patiënten en kritisch staan ten opzichte van de

COR VAN LOVEREN

hen aangeboden informatie, of die nu door mij wordt aangeboden, door het adviescollege, door producenten of door reclame.

Een belangrijke aspect van het ‘Picosysteem’ is dat de clinicus een research-agenda opstelt, dat hij de onderzoekers laat weten waaraan de kliniek behoefte heeft. De onlangs met een eredoctoraat van de VU onderscheiden prof. Chalmers laat zich daarover in een interview met de *NRC* van zaterdag 30 oktober echter pessimistisch uit: onderzoekers luisteren volgens hem niet naar vragen uit de praktijk.

Een belangrijk aspect van de tandarts als wetenschapper is het *clinical decision making*. Elk moment waarop besloten wordt een behandeling toe te passen, betekent een volgende stap in de restauratiecyclus en biedt al dan niet kans op verdergaand verval, en uiteindelijk verlies van het element. Het is dus belangrijk steeds – en zeker bij twijfel – de juiste beslissing te nemen (Mileman en Van den Hout, 2007).

Elke volgende behandeling in de restauratiecyclus is alleen mogelijk als de vorige behandeling mislukte; de hele restauratiecyclus begint eigenlijk met het mislukken van preventie. Preventie mislukt dus in absolute zin het vaakst, daarna de eerste vullingen en zo verder. Als het aantal mislukkingen iets te maken heeft met de moeilijkheidsgraad van de behandeling, zijn preventie en eerste vullingen dus ook moeilijke behandelingen.

Maar dit gedeelte van de tandheelkunde – preventie en eerste vullingen – wordt verplaatst van de tandarts naar de mondhygiënist. Het verontrust me dat dit niet gebeurt in een structuur die kwaliteitsverbetering, dat wil zeggen minder mislukkingen, waarborgt. Ook verontrust het me dat de mondhygiënist die bij uitstek opgeleid wordt voor de preventie, nu restauratief moet gaan denken en begint te ervaren dat vullen ook erg leuk is. Hierdoor wordt preventie bedreigd en de kans groot dat deze, zoals professor Backer Dirks regelmatig heeft opgemerkt, weer het best bewaarde geheim in de tandheelkunde wordt. Gelukkig zijn er vanuit de Nederlandse Vereniging van Mondhygiëne initiatieven ondernomen om de bijdrage van de mondhygiënist aan primaire preventie te bevorderen en te voorzien van de juiste randvoorwaarden (Rivière-Ilsen e.a., 2005).

PREVENTIE: EEN KWESTIE VAN SAMENWERKEN

Onderzoek

Onderzoek in kader van mijn werkzaamheden bij ACTA behelzen enerzijds een bijdrage aan de moleculair-biologische weg die onze afdeling is ingeslagen onder leiding van collega hoogleraren ten Cate en Crielaard. Ik zal daar nu niet op ingaan, omdat het in de cariologie nog wel even zal duren voordat de toepassingen hiervan, bijvoorbeeld het permanent uitschakelen van schadelijke bacteriële processen in de mond, ten gunste komen aan onze (risico)patiënten.

Het Ivoren Kruis heeft besloten de weg van onderzoek op te gaan. Tijdens mijn voordracht heb ik enkele ogenschijnlijk eenvoudige, voor de hand liggende, maar nog niet beantwoorde vragen over gebitsverzorging gesteld, die heel goed passen binnen de doelstellingen van het Ivoren Kruis. Andere voorbeelden van dit soort vragen zijn:

1. Is de hoeveelheid tandpasta belangrijk? Deze vraag is relevant omdat bij sommige elektrische tandenborstels minder tandpasta wordt gebruikt.
2. Wat is de optimale hoeveelheid fluoridemomenten?
3. Is bleken schadelijk?
4. Hoe kunnen we producten screenen opdat er een *evidence based* basis is voor het Ivoren-Kruiskeurmerk?

Tandheelkundige bachelorstudenten moeten tegenwoordig onderzoek doen, en dit type vragen is uitermate geschikt om samen met hen te bestuderen. Dit zal ik in de toekomst gaan doen. Maar studenten zijn geen ervaren onderzoekers, dus de antwoorden op deze vragen komen slechts langzaam.

De vraag of de eerdergenoemde methodieken voor preventie, zoals het Nexø-model, met succes zijn toe te passen in de Nederland past ook goed binnen de doelstellingen van het Ivoren Kruis. In samenwerking met de schooltandverzorgingsdiensten in Den Bosch en Enschede, zullen we onderzoeken of een Nexø-achtig gezondheidssysteem ook in de Nederlandse situatie zal leiden tot een betere gebitsgezondheid. Omdat dit systeem gericht is op promotie van zelfzorg, dient zich onmiddellijk de vraag aan of we van tevoren kunnen inzien welke snaar je bij patiënten moet raken opdat je preventieve boodschap aankomt en hoe onze (lees: van het Ivoren Kruis) preventieve materialen hierbij ingezet kunnen worden. Dit

COR VAN LOVEREN

project zal gedragen worden door collega Erik Vermaire, die hier op hooft te promoveren. Bij dit project zal nauw worden samengewerkt met de Erasmus Universiteit in Rotterdam, waar vergelijkbaar onderzoek gebeurt op het gebied van overgewicht. Kinderen konden worden ingedeeld in vijf categorieën, ieder met een verschillend risico voor overgewicht. Het is logisch dat kinderen uit de verschillende categorieën ontvankelijk zijn voor verschillende typen van boodschappen. We zullen dit onderzoeken voor wat betreft de boodschappen op tandheelkundig gebied en in het bijzonder het voorlichtingsmateriaal van het Ivoren Kruis.

Preventie: een kwestie van samenwerken

Ik heb deze oratie *Preventie: een kwestie van samenwerken* genoemd. Het belangrijkste motief om dit te doen, was dat ik ervan overtuigd ben dat – willen we meer dan tot nu toe bereiken in de preventieve tandheelkunde – het samenwerken met de doelgroep cruciaal is om zelfzorg en mantelzorg te stimuleren. Alle partijen die invloed hebben op het gedrag van de patiënten dienen samen te werken, en het Ivoren Kruis stopt er veel energie in om partners in de preventieve tandheelkunde met elkaar te verbinden. Ook bij het werken aan een instelling als de universiteit en de functie van onderzoeker en docent is het belangrijk dat je samenwerkt. Natuurlijk is er daarnaast een thuisfront waarmee je samenwerkt, wat er meestal op neerkomt dat ze het goed vinden dat je veel van de privé-tijd aan je werk besteedt. Hiervoor ben ik mijn gezin bijzonder dankbaar.

Deze middag was de samenwerking met u onmisbaar. Dames en heren, ik dank u voor uw belangstelling.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Ahola, A.J., Yli-Knuuttila, H., Suomalainen, T., Poussa, T., Ahlstrom, A., Meurman, J.H., Korpela, R., Short-term consumption of probiotic-containing cheese and its effect on dental caries risk factors. *Arch. Oral Biol.* 2002; 47: 799-804
- Baat, C. de, Mondzorg voor ouderen in 2020. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 2004; 111: 52-54
- Bundy, C. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *J. of Royal Society of Medicine* 2004; 97: 43-47
- Eijden, T.M.G.J. van, Loveren, C. van, Advocaat, J.G.A., Diermen, D.E. van, Lagerweij, M.D., Laverman, J.V., *Profiel van de toekomst: Rapport Werkgroep Inhoud Curriculum* 2003. ACTA, 2001
- Ekstrand, K.R., Christiansen, M.E., Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. *Caries Res.* 2005; 39: 455-467
- Hausen, H., Karkkainen, S., Sjöppa, L., Application of the high-risk strategy to control dental caries. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2000; 28: 26-34
- Huysmans, M.C., Voss, H.P., Ruben, J.L., Jager, D.J., Vieira, A., Erosiviteit van een nieuw ontwikkelde frisdrank. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 2006; 113: 50-55
- Ivoren Kruis. Het fluorideadvies: <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?m=5&s=23&t=14&i=18> 2001
- Kalsbeek, H., Het effect van TGVO-projecten bij de preventie van tandcariës. Een samenvattende beschouwing van onderzoekingen naar het voorkomen van cariës bij kleuters, uitgevoerd tussen 1965 en 1980. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 1982; 89: 107-117
- Kalsbeek, H., Truin, G.J., Verrips, G.H., Epidemiologie van tandcariës in Nederland. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 1992; 99: 204-208
- Loveren, C. van, Eijkman, M.A., Preventie op koers: investeren blijft noodzaak. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 2003; 110: 493-499
- Loveren, C. van, *Evidence-based tandheelkunde. Praktijkboek tandheelkunde*, afl. 8. Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2006, T4, p. 1-19
- Machiulskiene, V., Richards, A., Nyvad, B., Baelum, V., Prospective study of the effect of post-brushing rinsing behaviour on dental caries. *Caries Res.* 2002; 36: 301-307
- Mileman, P.A., Hout, W.B. van den, Evidence-based diagnostiek en klinische besluitvorming. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 2007; 114
- Petti, S., Tarsitani, G., D'Arca, A.S., A randomized clinical trial of the effect of yoghurt on the human salivary microflora. *Arch Oral Biol.* 2001; 46: 705-712
- Poorterman, J.H.G. en Schuller, A.A., *Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziektenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting* 2003. Rapport Amsterdam/Leiden, ACTA/TNO 2005, p. 37-66

- Rivière-Ilsen, J. la, Sanden-Stoelinga, M.S.E. van der, Calkoen, P.T., *Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg*. Nieuwegein: Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist, 2005
- Sjögren, K., Birkhed, D., Rangmar, B., Effect of a modified toothpaste technique on approximal caries in preschool children. *Caries Res.* 1995; 29: 435-441
- Toumba, K.J., Curzon, M.E., A clinical trial of a slow-releasing fluoride device in children. *Caries Res.* 2005; 39: 195-200
- Truin, G.J., Frencken, J.E., Mulder, A.J., Kootwijk, A.J., de Jong E., Prevalentie van tandcariës bij 6- en 12-jarige en tanderosie bij 12-jarige Haagse kinderen in de periode 1996-2005. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2007; 114