

Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf'

Dit is een 'position paper' over 'Gewoon Gaaf', een omslag in de cariësbehandeling bij kinderen met de focus eerst en vooral op preventie. Cariës wordt nu gezien als een gedragsgerelateerde ziekte. Gedragsveranderingen staan centraal in de preventie van cariës, want alleen door zelfzorg kan de patiënt cariës onder controle houden. De mondzorgverlener moet dat zo goed mogelijk begeleiden. Dit betekent dat de mondzorgverlener ouders en kind moet laten inzien wat hun eigen invloed is op het ontstaan en vooral het onder controle krijgen van het cariësproces. Uit evaluaties blijkt dat de traditionele vorm van preventieve zorg nauwelijks gezond mondzorggedrag bevordert. Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de Gewoon Gaaf-aanpak wel tot goede resultaten leidt. Het sluit bovendien aan bij het maatschappelijk debat, waarin steeds meer aandacht is voor doelmatigheid en transparantie in de zorg.

Palenstein Helderma WH van, Gruythuysen RJM, Bruers JJM, Strijp AJP van, Loveren C van. Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf' Ned Tijdschr Tandheelk 2015; 122: 132-138
doi: 10.5177/ntvt.2015.03.14221

Inleiding

De strategie 'Gewoon Gaaf', zo genoemd door het Ivoren Kruis, wordt in de literatuur gepresenteerd onder verschillende namen: 'Nexø method' of 'Non-operative caries treatment and prevention'-methode, 'Non-invasive control of dental caries', 'Caries management system', 'Chronic disease management approach' en 'Niet-restauratieve caviteitsbehandeling van cariës in het tijdelijk gebit' (Carvalho et al, 1992; Ekstrand et al, 2000; Ekstrand en Christiansen, 2005; Hausen et al, 2007; Curtis et al, 2008; Gruythuysen et al, 2011; Fejerskov et al, 2013; Ng et al, 2014; Vermaire et al, 2014). Wat deze programma's gemeen hebben, is een strategie die zich richt op het stimuleren van de zelfzorg van de patiënt door individuele begeleiding en terughoudendheid bij restauratief ingrijpen. Dit artikel moet worden beschouwd als een 'position paper' over de strategie 'Gewoon Gaaf', waarin de huidige stand van zaken wordt belicht en de onderliggende inzichten en standpunten evidence-based worden onderbouwd.

Omvang en last van cariës

De afname van cariës bij jeugdigen in Nederland, die in de jaren '70 van de vorige eeuw werd ingezet, is in het laatste decennium nagenoeg tot stilstand gekomen (Schuller et al, 2014). Het aantal jonge kinderen dat onder algehele anesthesie wordt gesaneerd neemt de laatste jaren toe, zo blijkt uit verzekeringsdata (Zorgverzekeraar VGZ, 2014). Ook de prevalentie van cariës onder de Nederlandse bevolking is nog steeds hoog te noemen, bijna niemand blijft zijn hele

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- weet u wat de 'Gewoon Gaaf'-behandeling/strategie inhoudt;
- bent u zich bewust van de verdeling van de verantwoordelijkheden van de behandelaar, de patiënt en de ouder van de patiënt.

leven vrij van cariës. Deze ziekte heeft op populatieniveau dan ook een serieuze impact op de kwaliteit van leven (Schuller et al, 2007). Bovendien drukt cariës op de financiële draagkracht van individuele patiënten. De totale kosten in de loop van iemands leven voor de restauratieve behandeling van 1 cariëscaviteit op jonge leeftijd (restauratie, nieuwe restauratie, kroon, wortelkanaalbehandeling, implantaat) kunnen oplopen tot gemiddeld ongeveer 2.000,- dollar (Data & Analysis Centre, 2014). Door gebrekkige mondzelfzorg bij een deel van de bevolking wordt ruim 60% van het budget voor mondgezondheidszorg besteed aan de restauratieve behandeling van cariës (Slobbe et al, 2011).

Cariës is een gedragsgerelateerde ziekte

Cariës kan in engere zin worden gezien als een chronische

Intermezzo 1. Cariësproces

De cariësactiviteit kan stoppen, het cariësproces is omkeerbaar en een cariëslaesie kan regressie vertonen. Al in 1966 werd in een 4- tot 8-jarig longitudinaal onderzoek naar cariës bij Nederlandse kinderen gerapporteerd: "An important number (26 to 48%) of the incipient translucent areas in the enamel did not progress within the period of observation" (Backer Dirks, 1966). Beginnende cariës kon dus stoppen. In 1970 werd dat ondubbelzinnig aangetoond in het klassieke experimentele cariësmodel (Von der Fehr et al, 1970). Na 14 dagen zonder mondhygiëne ontstonden witte vlekken in het glazuur die binnen 1 maand met tandenpoetsen en fluoride weer verdwenen. In 1986 werd voor het eerst aangetoond dat het cariësproces ook kan stoppen in caviteiten. Het betroffen wortelcariëscaviteiten die regressie vertoonden na een periode van 3 maanden 2 maal daags poetsen met fluoridetandpasta (Nyvad en Fejerskov, 1986). Sindsdien zijn er talloze publicaties verschenen waaruit blijkt dat cariëslaesies van initiële glazuurlaesies tot diepe dentinelaesies regressie kunnen vertonen omdat de cariësactiviteit is afgenomen door het verwijderen van de tandplaque en het poetsen met fluoridetandpasta (Carvalho et al, 1992; Lo et al, 1998; Ekstrand et al, 2000; Peretz en Gluck, 2006). Uit een 3,5 jaar durend onderzoek blijkt dat de opgetreden regressie in dentinelaesies blijvend kan zijn (Mijan et al, 2013).

Intermezzo 2. Fluoride is onmisbaar voor het tijdelijk en het blijvend gebit

Fluoride heeft een sterk cariësremmend effect met als gevolg stilstand en regressie van cariëslaesies in zowel het tijdelijk als het blijvend gebit. Dat was al bekend uit de periode van de waterfluoridering, maar kreeg toen geen aandacht. Het is nog vrijwel onbekend dat het 2 maal daags poetsen met fluoridetandpasta een nog veel sterker cariësremmend effect heeft dan de waterfluoridering ooit heeft gehad. We komen via de volgende redenering tot deze conclusie.

Bij het stopzetten van de waterfluoridering hadden 15-jarigen in Tiel, die vanaf hun geboorte fluoride via het drinkwater hadden gekregen, een DMFT van 7,4. Vijftien jaar na het stopzetten van de waterfluoridering in 1973 was in 1987/88 de DMFT 5,2 bij 15-jarigen in Tiel en Culemborg (Kalsbeek et al 1993), dus 30% lager dan bij de waterfluoridering. Sinds 1987/88 is de DMFT over de volgende 20 jaar met nog eens ongeveer 40% afgenomen (Schuller et al, 2014). Het totale jaarlijkse suikergebruik is niet noemenswaardig veranderd, maar de mondhygiëne is wel verbeterd (Kalsbeek et al, 2000), dus de cariësdaling kan niet anders worden verklaard dan door een gestadige, frequentere blootstelling aan fluoride en door een steeds betere mondhygiëne. Twee maal daags tandenpoetsen met fluoridetandpasta is nu de norm, maar nog niet iedereen houdt zich daaraan. Als de therapietrouw met betrekking tot het tandenpoetsen verder toeneemt, kan de cariësactiviteit nog verder dalen. Dat is waar de Gewoon Gaaf-behandeling vooral op mikt.

In het behandelingstraject, waarbij patiënten door zelfzorg de preventie ter hand nemen, kan het gebeuren dat optimaal tandenpoetsen door allerlei omstandigheden in de beginfase niet vlekkeloos verloopt. In zo'n fase kan een fluoride(verniss)applicatie op een bestaande laesie uitkomst bieden. Fluoride(verniss)applicaties op indicatie zijn zeer effectief (Marinho et al, 2013).

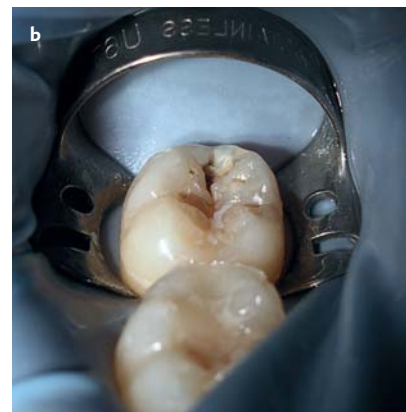
bacteriële ziekte, waarbij mutans streptokokken een belangrijke rol spelen. In 2011 werd in de vergadering van de Verenigde Naties echter besloten mondziekten voortaan onder te brengen in de groep van niet-overdraagbare ziekten (non-communicable diseases, NCD's) (Benzian et al, 2012). Cariës wordt daarmee dus niet meer gezien als een infectieziekte. Cariëslaesies ontstaan onder de tandplaque. De vorming van deze tandplaque en de metabolische activiteit daarin zijn weliswaar een natuurlijk gegeven, maar het

cariësproces kan onder controle worden gehouden met adequate mondhygiëne, fluoride en een gezond dieet met niet te vaak suikers. Onder die omstandigheden ontstaan er geen glazuurlaesies en al bestaande cariëslaesies kunnen zelfs regressie vertonen (intermezzo 1). De aanwezigheid van fluoride is daarbij een onmisbare factor. Tweemaal daags goed tandenpoetsen met fluoridetandpasta en een eetpatroon met niet meer dan 7 suikermomenten (advies van Ivoren Kruis) kan de cariësactiviteit bij vrijwel iedereen – patiënten met verminderde speekselsecretie vormen een uitzondering – tot 0 reduceren (intermezzo 2). Gezien de controlerende factoren die in bovengenoemd gedrag zitten, wordt cariës nu beschouwd als een gedragsgerelateerde ziekte. Bij cariës dient de behandeling er daarom op gericht te zijn gedragsveranderingen te bewerkstelligen.

De traditionele cariësbehandeling

Nog vaak bestaat de behandeling van cariës uit het afsluiten van de cariëslaesie van het mondmilieu (fissuurlak/restauratie) met onvoldoende aandacht voor het onder controle houden van de cariësactiviteit. Door alleen maar afsluiten en restaureren blijft de ziekte zelf onbehandeld, omdat de echte oorzakelijke factoren onvoldoende worden aangepakt. Door een dergelijke symptomatische benadering ontstaan ondanks de behandeling steeds weer nieuwe cariëslaesies (afb. 1).

Het inzicht dat het cariësproces niet stopt door restaureren maakt het bevorderen van gezond mondgedrag tot een belangrijk, zo niet het belangrijkste onderdeel van de tandheelkundige behandeling. Tot nu toe proberen veel mondzorgverleners patiënten tot gezond gedrag te bewegen door voorlichting te geven over mondhygiëne en voeding en door poetsinstructie. Uit evaluaties blijkt echter dat deze traditionele vorm van preventieve zorg nauwelijks gezond mondzorggedrag bevordert (Watt, 2005; Yevlahova en Satur, 2009). Typerend voor deze vorm van preventie is het eenrichtingsverkeer in de communicatie tussen mondzorgverlener en patiënt, terwijl het juist van belang is de intrinsieke motivatie te stimuleren van wat de patiënt zelf met zijn gebit of dat van het kind wil. Veel patiënten zien cariës als een ziekte die je overkomt en dat vooral de mondzorgverlener verantwoordelijk is voor de mondgezondheid,



Afb. 1. Traditionele cariësbehandeling (restauraties en fissuurlakken) stopt de cariësactiviteit niet op het buccale vlak van gebitselement 36 (a) en op het occlusale vlak van gebitselement 46 (b).

niet zozeer de patiënt zelf. Om cariës effectief te behandelen moet in ieder geval voor de patiënt duidelijk zijn wat cariës voor ziekte is en hoe hij deze effectief preventief kan aanpakken.

De essentie van Gewoon Gaaf

Het belangrijkste uitgangspunt van Gewoon Gaaf is dat de patiënt als enige controle kan houden over de cariësactiviteit in zijn mond. De mondzorgverlener heeft de taak dat zo goed mogelijk te begeleiden. Dit betekent dat mondzorgverleners ouders en kind moeten laten inzien wat hun eigen invloed is op het ontstaan en vooral het onder controle krijgen van het cariësproces. Ouders ervan bewust maken dat zij hoofverantwoordelijk zijn voor de resultaten van Gewoon Gaaf vergt veelal intensieve begeleiding. Een vereiste is natuurlijk het stellen van een nauwkeurige cariësdiaagnose door mondzorgverleners, om initiële glazuur-laesies zo vroeg mogelijk te herkennen. Dit betekent het herkennen van zowel de actieve als de inactieve fasen van het cariësproces om op basis daarvan een cariësriscio-inschatting voor het kind te maken. Van de bestaande cariësdiaagnostieksystemen gaat onze voorkeur uit naar de bewerking van de gestructureerde cariësdiaagnostiek van Nyvad et al (1999) die beschreven staat in de zesde editie van het leerboek 'Cariëslaesies, diagnose en behandeling' (intermezzo 3) (Van Strijp et al, 2015). Met dit systeem is op eenvoudige wijze in de praktijk te werken. Een mondzorgverlener dient bij elk bezoek de gebitsstatus en het patiëntendossier van het kind bij te houden. Daartoe wordt

de mondsituatie opnieuw bekeken en de preventieve (zelf-)zorg wordt geëvalueerd door middel van een cariësriscio-inschatting (intermezzo 4). Met de ouders wordt de situatie besproken, waarbij het van groot belang is de conclusie over de status van de mond aan hen zelf over te laten. Vervolgens wordt de ouders gevraagd hoe ze verder willen gaan en welke begeleiding ze daarbij nodig denken te hebben. In overleg met de ouders wordt dan een op het kind toegesneden aanpak besproken en wordt de terugroeptermijn bepaald. Zo worden ouders betrokken bij de behandeling en wordt hun duidelijk dat zij een zeer belangrijke rol spelen in het gaatjesvrij houden van hun kind. Door effectieve en periodieke communicatie met de ouders over de mondgezondheid van hun kind kan een mondzorgverlener ook terugval in oude gewoonten opvangen en de ouders ondersteunen bij het weer oppakken van de Gewoon Gaaf-aanpak. Mondfotografie kan daarbij helpen: de ouders kunnen dan zien wat er tussentijds in de mond is gebeurd.

Het ideale tijdstip om te beginnen met Gewoon Gaaf is bij zuigelingen als de eerste tijdelijke gebitselementen aan het doorbreken zijn, dus op de leeftijd van 0,5 - 1 jaar. Uiteraard is in deze fase de interventie niet gericht op het kind zelf, maar op de ouders. Kinderen die al op jonge leeftijd hebben geleerd te poetsen, blijven over het algemeen goede poetsers en hebben op latere leeftijd nog een gaaf gebit (Wigen en Wang, 2014). Verder is het drinkgedrag van het kind (van zuigfles naar beker, geen suiker) een belangrijk te bespreken onderwerp.

Intermezzo 3. Visuele en tactiele criteria bij de diagnose van cariëslaesies in glazuur en dentine (bewerkt naar Nyvad et al, 1999)

Professionele gebitsreiniging gaat vooraf aan de cariësdiaagnostiek. Door droog te blazen worden ook de vroege initiële glazuur-laesies zichtbaar. Het onderscheid tussen actief en inactief is niet altijd eenvoudig. Bij twijfel altijd de hoogste score aanhouden. Op röntgenopnamen is het onderscheid tussen actief en inactief niet zichtbaar. Pas bij een vervolgonname kan progressie, stilstand of regressie van het cariësproces worden vastgesteld.

Score 0 Gezond	Normaal gezond glazuur en worteldentine (eventueel lichte verkleuring).
Score 1 Inactieve glazuurcariës	Glazuuroppervlak kan wit, bruin of zwart zijn en is glanzend; voelt hard en glad wanneer de top van de pocketsonde lichtjes over het oppervlak gaat. Geen zichtbaar weefselverlies, eventueel minuscuul glazuurdefect, maar geen blootliggend dentine. Gladde vlakken: cariës op enige afstand van de gingiva. Fissuur/put: intacte morfologie van de fissuur; cariës langs de wanden van de fissuur.
Score 2 Actieve glazuurcariës	Glazuuroppervlak is wit/geel opaak, soms krijtachtig met verlies van glans; voelt ruw wanneer de top van de pocketsonde lichtjes over het oppervlak gaat. Geen zichtbaar weefselverlies, eventueel minuscuul glazuurdefect, maar geen blootliggend dentine. Gladde vlakken: cariës dicht bij de gingiva. Fissuur/put: intacte morfologie van de fissuur, cariës langs de wanden van de fissuur.
Score 3 Inactieve dentinecariës	Cariës tot in het dentine. Caviteit met zichtbaar dentine op de bodem. Bodem kan donker verkleurd en glanzend zijn en voelt hard aan.
Score 4 Actieve dentinecariës	Cariës tot in het dentine. Caviteit met zichtbaar dentine op de bodem. Bodem voelt zacht of leerachtig aan. Het dentine is niet zichtbaar, maar er is wel een blauwgrijze, soms witgelige doorschemering zichtbaar ('hidden' cariës).

Deze wijze van scores vereenvoudigt de longitudinale evaluatie van de totaalscore van de cariësstatus. Gaat de totaalscore tussen 2 metingen omlaag, dan betekent dit dat de cariësactiviteit afneemt. Als er tussen 2 metingen een restauratie is gemaakt, krijgt deze overeenkomstig de score voor actieve dentinecariës een score 4. Bij de volgende evaluatieperiode krijgt een restauratie een score 0 bij de eerste meting.

Intermezzo 4. Inschatting cariërisico

In de loop der jaren zijn tal van cariërisicomodellen ontwikkeld (Stewart en Stam, 1991; Hansel Petersson et al, 2002; Young et al, 2007). Al deze modellen zijn gebaseerd op een combinatie van risicofactoren (veel tandplaque, hoge frequentie van het dagelijks suikergebruik, het hoge aantal specifieke mondbacteriën in het speeksel, weinig speekselsecretie en een lage buffercapaciteit) en risico-indicatoren (sociaaleconomische, etnische achtergrond, opleidingsniveau en andere). Deze complexe modellen bleken onnauwkeurig en hadden geen meerwaarde boven de inschatting van cariërisico op basis van de aanwezige cariës in de mond van een kind. Cariërisicomodellen zoals Dentoprog en SMONOP zijn juist hierop gebaseerd en blijken redelijk te voldoen bij het voorspellen van het cariërisico op groepsniveau (Helfenstein et al, 1991; Van Palenstein Helderma et al, 2007). Voor de risico-inschatting bij het individuele kind zijn ze te onnauwkeurig.

Bij de Gewoon Gaaf-behandeling in Nederland werd de cariërisico-inschatting volgens de criteria van Carvalho et al (1992) gebruikt (Vermaire et al, 2014). Daarbij worden 4 criteria gehanteerd:

1. medewerking van de patiënt (ouders);
2. progressie van cariës;
3. fase van het doorbreken van molaren;
4. fissuurcariës van doorbrekende molaren.

Deze 4 worden samengebracht in 5 categorieën van cariërisico-inschatting.

Volgens recente inzichten wordt nu de aanwezigheid van een actieve cariëslaesie als belangrijkste criterium voor cariërisico beschouwd. Een actieve cariëslaesie betekent een hoog cariërisico (bezoekinterval 1-3 maanden). Plaque op het occlusale vlak van doorbrekende molaren betekent een hoog cariërisico. Ook al is er nog geen initiële laesie, die kan snel ontstaan in de fissuur als deze met plaque bedekt blijft (bezoekinterval 1-3 maanden). Als er geen doorbrekende molaren en geen actieve cariëslaesies zijn, is het risico matig tot laag. Om onderscheid te kunnen maken tussen matig en laag risico dient de gingivale bloeding als indicator voor matig risico, want dat geeft aan dat er te veel plaque is (bezoekinterval 3-6 maanden). Bij een laag risico is het bezoekinterval 6-12 maanden. De hoeveelheid tandplaque wordt in de beoordeling dus wel indirect meegenomen, maar wordt niet gekwantificeerd, omdat het erg lastig is te bepalen hoeveel plaque risico betekent. De bezoekenintervallen op basis van de cariërisico-inschatting hebben een marge waarbinnen in overleg met de ouders het volgende bezoek wordt vastgesteld.

Bij Gewoon Gaaf krijgen doorbrekende blijvende molaren extra aandacht bij het tandenpoetsen, omdat die gevoelig zijn voor cariës zolang ze nog niet in occlusie staan (De Carvalho et al, 1989).

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de Gewoon Gaaf-aanpak tot goede resultaten leidt (Carvalho et al, 1992; Ekstrand et al, 2000; Ekstrand et al, 2003; Hausen et al, 2007; Curtis et al, 2008; Fejerskov 2013; Ng et al, 2014; Vermaire et al 2014).

Gewoon Gaaf bij een cariëscaviteit

Als een cariëscaviteit aanwezig is in een tijdelijk gebits-element heeft de niet-restauratieve caviteitsbehandeling



Afb. 2. Een moeder leert met hulp van een mondhygiënist en preventie-assistent een beslepen cariëscaviteit schoon te houden.

bij Gewoon Gaaf de voorkeur. De volgende overwegingen spelen hierbij een rol:

- ouders en kind dragen samen de verantwoordelijkheid bij het terugdringen van de cariësactiviteit;
- uitstel of afstel van een restauratieve behandeling kan de angst van een kind voor tandheelkundige behandeling beperken;
- minder belasting van het kind;
- de volledige behandeling kan in handen blijven van een bekwame mondzorgverlener zonder noodzaak tot kostbare sanering onder algehele anesthesie bij een kindertandarts.

Voorwaarde hiervoor is dat mondzorgverleners, tandartsen, mondhygiënist en preventieassistenten goed zijn opgeleid om Gewoon Gaaf adequaat te kunnen uitvoeren.

Het is vaak noodzakelijk de caviteit toegankelijk te maken voor de tandenborstel door caviteitsranden te verwijderen door middel van beslijpen of het gebruik van een glazuurmes (afb. 2) (Gruythuysen et al, 2011). Deze methode is een beproefde ingreep, waardoor de cariësactiviteit kan worden teruggedrongen (Mijan et al, 2013; Santamaria et al, 2014). De kans op pijn en/of dreigende irreversibele ontsteking bepalen uiteindelijk of niet-restauratieve caviteit-behandeling wordt toegepast en of het wordt voortgezet (Gruythuysen et al, 2011).

Gewoon Gaaf slaat niet aan

Als de Gewoon Gaaf-behandeling niet aanslaat, is dat in geen geval reden om af te zien van het onderliggende beginsel van deze aanpak. Met andere woorden, inspanningen moeten gericht blijven op het wegnemen dan wel beheersen van de oorzaken van cariës. Gedragsveranderingen bij ouders en kind hebben tijd nodig. Het komt vaak voor dat bij streven naar gezond gedrag de verbetering niet lineair verloopt. Bovendien ligt terugval in oude, ingesleten gewoonten altijd op de loer. In perioden dat het minder goed gaat met de mondverzorging kunnen de gebruikelijke preventieve materialen en methoden zoals de lokale fluoride-applicatie als vangnet worden toegepast. Gebitselementen die op zeker moment te veel risico geven op pijn of ontsteking dienen uiteraard te worden gerepareerd. Bij alle overige

laesies is monitoring geïndiceerd met het oog op verbetering van de mondverzorging in de nabije toekomst. Verbetering van de mondverzorging van het kind blijft het hoofddoel van mondzorgverleners. Ze hebben dan ook de taak ouder en kind onverminderd te blijven stimuleren het overeengekomen gezondheidsdoel na te streven.

Het kan zijn dat ondanks alle inspanningen van mondzorgverleners in de begeleiding van ouders, de Gewoon Gaaf-strategie niet goed wordt opgepakt. Het is dan raadzaam deze problematiek in het mondzorgteam te bespreken. Mogelijk kan een ander teamlid wel een succesvolle begeleiding bewerkstelligen.

Het hoeft bij onvoldoende mondverzorging overigens niet per se om onwil van de kant van de ouders te gaan. Het is mogelijk dat de ouders wel willen meewerken, maar niet weten hoe ze met een oncoöperatief kind moeten omgaan. Willen de ouders niet meewerken aan de Gewoon Gaaf-strategie en is de cariësactiviteit hoog, dan kunnen anderen bij de zorgverlening aan het kind worden betrokken, zoals de jeugd(gezondheids)zorg (Gruythuysen, 2015). De Meldcode kan de zorgverlener in het vervullen van zijn zorgplicht hierbij ondersteunen. De mondzorgverlener heeft conform artikel 3 van het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind de wettelijke plicht om de belangen van het kind te bewaken. Noch de voorkeur van de tandarts noch die van de ouders, maar uitsluitend het belang van het kind is maatgevend bij het zoeken naar een oplossing voor het geconstateerde mondprobleem.

Tot slot

Alles bijeengenomen kan worden gesteld dat de Gewoon Gaaf-strategie erop neerkomt dat de mondzorgverlener actief ouders en kind betreft bij de behandeling met als doel blijvend preventief mondzorggedrag van het kind. Een zorgvuldige cariësdagnostiek en een goede inschatting van het cariërisico bij het kind zijn daarbij cruciaal. Aan de hand daarvan kan ouders duidelijk worden gemaakt hoe het met de cariësactiviteit in de kindermond is gesteld. Met die informatie worden ouders gestimuleerd zelf te beoordelen hoe het ervoor staat met de mondgezondheid van het kind. Dit heeft een gunstig effect op de therapietrouw. Daarmee past Gewoon Gaaf in de huidige tendens in de gezondheidszorg om patiënten te stimuleren tot een gezonde levensstijl: de focus verleggen van 'ziekte en zorg' naar 'gezond gedrag', waardoor een nieuwe ziekte zo min mogelijk kans krijgt om te ontstaan en/of een bestaande ziekte kan genezen of stabiliseren. Gewoon Gaaf sluit bovendien aan bij het maatschappelijk debat, waarin steeds meer aandacht is voor doelmatigheid en transparantie in de zorg.

Met de introductie van Gewoon Gaaf breekt het Ivoren Kruis een lans voor een gestructureerde aanpak van deze preventieve behandeling binnen de mondzorg. Met cursussen in het kader van de Preventie Academie worden mondzorgverleners geïnformeerd over de filosofie, de pluspunten, de wetenschappelijke onderbouwing en de praktijk van Gewoon Gaaf. Dat is van belang, want gebleken is dat deze aanpak gemiddeld niet meer behandelijd vergt dan

het periodieke halfjaarlijkse bezoek. Voorts blijken mondhygiënisten uitstekend in staat deze vorm van zorg te bieden (Gruythuysen, 2011). Preventieassistenten kunnen, mits geschoold, onderdelen van de Gewoon Gaaf-behandeling uitvoeren. Een ander belangrijk aspect van Gewoon Gaaf is dat ouders en kind het zeer waarderen als ze betrokken worden bij de behandeling. Kunnen meebeslissen geeft hun het gevoel dat ze volwaardig partner zijn van de zorgverlener (Gresnigt-Bekker, 2011).

Bovendien geldt dat, hoewel het in dit artikel vooral gaat om de behandeling van cariës bij kinderen, de Gewoon Gaaf-strategie effectief is voor alle leeftijdsgroepen: peuters, pubers, jongvolwassenen en ouderen (Curtis et al, 2008).

Er is alle reden om te verwachten dat Gewoon Gaaf uiteindelijk tot minder caviteiten leidt en dus tot minder restauraties. Dit betekent een geringere kans om in de potentieel belastende restauratiecyclus terecht te komen, wat dus tot gezondheidswinst leidt en daarmee een verbetering van de kwaliteit van leven. Bovendien mag worden verwacht dat op termijn de kosten van restauratieve mondzorg zullen afnemen. De preventieve aanpak van cariës volgens Gewoon Gaaf is er daarom bij gebaat dat mondzorgverleners zich op professioneel verantwoorde wijze in een zo vroeg mogelijk stadium kunnen bedienen van alle beschikbare therapieën. Dat betekent niet alleen het geven van voorlichting en instructie, het evalueren van de preventie en het reinigen van het gebit, maar ook het beslijpen en behandelen van tijdelijke gebitselementen met carieuze caviteiten. Juist bij jonge kinderen is het van belang de gunstigste condities te creëren om hen en hun ouders aan te zetten tot het zo goed mogelijk schoonhouden van het gebit.

Wij pleiten ervoor dat het Zorginstituut Nederland, waarin het vroegere College voor Zorgverzekeringen is opgegaan, zich herbezint op het alsnog opnemen van het beslijpen en/of fluorideren van tijdelijke gebitselementen als verrichting (M05) in de basisverzekering. Deze verrichting is nuttig en nodig en moet vooral gezien worden als onderdeel van een bredere preventieve behandeling en vindt uiteraard alleen plaats op indicatie. Belangrijk daarbij is wel om de prijsstelling van de prestatiecodes voor Gewoon Gaaf in balans te brengen met die voor restauratieve behandeling, zodat behandelkeuzes inderdaad louter en alleen gemaakt kunnen worden in het belang van het kind. Daarom zou het een goede zaak zijn indien Gewoon Gaaf als zodanig in de prestatiecodes zou worden opgenomen, met een adequate omschrijving van de daaronder vallende verrichtingen.

Als laatste kan worden opgemerkt dat deze behandeling aansluit bij het principe '*primum non nocere, in dubio abstinere*'. Dit ethisch beginsel houdt kort gezegd in dat bij twijfel of onduidelijkheid over de behandeling waarmee een (jonge) patiënt het best af is, moet worden gekozen voor juist die aanpak die het minst invasief is c.q. die behandeling die minimaal irreversibel is. De bewijslast om hiervan af te wijken ligt bij de mondzorgverlener (Gruythuysen, 2013).

Literatuur

- * Backer Dirks O. Post-eruptive changes in dental enamel. *J Dent Res* 1966; 45: 503-511.
- * Benzian H, Bergman M, Cohen L, Hobdell M, Mackay J. The UN High-level meeting on prevention and control of non-communicable diseases and its significance for oral health worldwide. *J Pub Health Dent* 2012; 72: 91-93.
- * Carvalho JC de, Ekstrand KR, Thylstrup A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption. *J Dent Res* 1989; 68: 773-779.
- * Carvalho JC de, Thylstrup A, Ekstrand KR. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 187-192.
- * Curtis B, Evans RW, Sharaimi A, Schwartz E. The monitor practice program: is non-invasive management of dental caries in private practice effective? *Aus Dent J* 2008; 53: 306-313.
- * Data and Analysis Centre. http://www.admin.state.nh.us/wellness/PDF/Resources/Dental_True_Cost_of_a_Cavity.pdf. Geraadpleegd op 31-10-2014.
- * Ekstrand KR, Kuzmina IN, Kuzmina E, Christiansen MEC. Two and half-year outcome of caries-preventive programmes offered to groups of children in the Solntsevsky district of Moscow. *Caries Res* 2000; 34: 8-19.
- * Ekstrand KR, Christiansen MEC, Qvist V. Influence of different variables on the inter-municipality variation in caries experience in Danish adolescents. *Caries Res* 2003; 37: 130-141.
- * Fehr FR von der FR, Löe H, Theilade E. Experimental caries in man. *Caries Res* 1970; 4: 131-148.
- * Fejerskov O, Escobar G, Jøssing M, Baelum V. A functional natural dentition for all - and for life? The oral healthcare system needs revision. *J Oral Rehabil* 2013; 40: 707-722.
- * Gresnigt-Bekker COVM. Motivational interviewing in de tandheelkundige praktijk. In: Baat C de, Allard RHB, Aps JKM et al. *Het tandheelkundig jaar 2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010. pp 136-150.
- * Gruythuysen RJM, Strijp AJP van, Palenstein Helderma WH van, Frankenmolen FW. Niet-restauratieve behandeling van cariës in het tijdelijke gebit: doelmatig en kindvriendelijk. *Ned Tijdschrift Geneesk* 2011; 155: 2112-2119.
- * Gruythuysen RJM, Loveren C van, Wiggelendam JM, Boven JA van, Burgersdijk RCW. Verwaarlozing van de mondverzorging bij kinderen. Een kwestie van integrale aanpak. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A8071.
- * Gruythuysen RJM. Inzet van mondhygiënist in de pedodontie. Een aanbeveling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 18: 304-306.
- * Gruythuysen RJM. Ethiek in de kindertandheelkunde: less is more. *Quality Practice* 2013; 9: 33-38.
- * Hansel Petersson G, Twetman S, Bratthal D. Evaluation of a computer program for caries risk assessment in schoolchildren *Caries Res* 2002; 36: 327-340.
- * Hausen H, Seppä L, Poutanen B, et al. Noninvasive control of dental caries in children with active initial lesions. *Caries Res* 2007; 41: 384-391.
- * Helfenstein U, Steiner M, Marthaler TM. Caries prediction on basis of past caries including precavity lesions. *Caries Res* 1991; 25: 372-376.
- * Kalsbeek H, Kwant GW, Groeneveld A, Backer Dirks O, Eck AAMJ van, Theuns HM. Caries experience of 15-year-old children in The Netherlands after discontinuation of water fluoridation. *Caries Res* 1993; 27: 201-205.
- * Kalsbeek H, Truin GJ, Poorterman JHG, Rossum GMJM van, Rijkom HM van, Verrips GHW. Trends in periodontal status and oral hygiene habits in Dutch adults between 1983 and 1995. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 112-118.
- * Lo ECM, Schwartz E, Wong MCM. Arresting dentine caries in Chinese preschoolchildren. *Int J Paediatr Dent* 1998; 8: 253-260.
- * Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7: CD002279.
- * Mijan M, Guedes de Amorim, Leal Sc, et al. The 3.5-year survival rates of primary molars treated according to three treatment protocols: a controlled clinical trial. *Clin Oral Investig* 2014; 18: 1061-1069.
- * Ng MW, Ramos-Gomez F, Lieberman M, et al. Disease management of early childhood caries: ECC collaborative project. *Int J Dent* 2014; 2014: 327801.
- * Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. *Caries Res* 1999; 33: 252-260.
- * Nyvad B, Fejerskov O. Active root surface caries converted into inactive caries as a response to oral hygiene. *Scand J Dent Res* 1986; 94: 281-284.
- * Palenstein Helderma WH van, Hof MA van't, Loveren C van, Bronkhorst E. Utility technology in the assessment of the cut-off between a negative and a positive test in a caries prediction model. *Caries Res* 2007; 41: 165-169.
- * Peretz B, Gluck G. Early childhood caries (ECC): A preventive-conservative treatment mode during a 12-month period. *J Clin Pediatr Dent* 2006; 30: 191-194.
- * Santamaria RM, Innes NPT, Machiulskien V, Evans DJP, Splieth CH. Caries management strategies for primary molars: 1-yr randomized control trial results. *J Dent Res* 2014; 93: 1062-1069.
- * Schuller AA, Bruers JJM, Dam BAFM van, Poorterman JHG, Verrips GHW. *Mondgezondheid volwassenen 2007*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2009.
- * Schuller AA, Dommelen P van, Poorterman JHG. Trends in oral health in young people in the Netherlands over the past 20 years: a study in a changing context. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 178-184.
- * Slobbe LC, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Cost of illness in the Netherlands 2007; Trends in Dutch health expenditures 1999-2010. Den Haag: RIVM, 2011.
- * Stewart PW, Stamm JW. Classification prediction models for dental caries from clinical, microbiological and interview data. *J Dent Res* 1991; 70: 1239-1251.
- * Strijp AJP van, Amerongen JP van, Kloet HJ de, et al. Cariëslaesies. Diagnose en behandeling. Houten: Prelum, 2015.
- * Vermaire JH, Poorterman JHG, Herwijnen L van, Loveren C van. A three-year randomized controlled trial in 6-year-old children on caries-preventive strategies in a general dental practice in the Netherlands. *Caries Res* 2014; 48: 524-533.
- * Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 711-718.
- * Wigen TI, Wang NJ. Toothbrushing frequency and use of fluoride lozenges in children from 1.5 to 5 years of age: a longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 395-403.

- * Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. Australian Dent J 2009; 54: 190-197.
- * Young, DA, Buchanan PM, Lubman RG, Badway NN. New Directions in interorganizational collaboration in dentistry: The CAMBRA coalition model. J Dent Educ 2007; 71; 595-600.
- * Zorgverzekeraar VGZ. Mededelingen. Eindhoven: Coöperatie VGZ, 2014.

Summary

A paradigmatic change in the management of caries in children: 'Gewoon Gaaf'

This is a position paper about 'Gewoon Gaaf' ['Just Smooth'], a paradigmatic change in the management of caries in children with a special focus on prevention. Caries is now considered a disease related to behaviour. Behavioural changes are essential in the prevention of caries because only patient's self care can keep caries under control. It is the task of the oral care provider to alert parents and child to their own influence on the development of caries and particularly on how to keep this process under control. Evaluations have revealed that the traditional form of preventive care has hardly improved oral health. In contrast, various studies have shown the good results of the 'Gewoon Gaaf' approach. Moreover it fits in well with the public debate, which puts more and more attention on efficiency and transparency in the care.

Bron

W.H. van Palenstein Helderma, R.J.M. Gruythuysen¹, J.J.M. Bruers², A.J.P. van Strijp³, C. van Loveren^{4,5}
 Uit ¹Tandzorg.nl in Rotterdam, de secties ²Sociale Tandheelkunde, ³Cariologie, Endodontologie Pedodontologie en ⁴Preventieve Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en als ⁵voorzitter van het Advies College van het Ivoren Kruis
 Datum van acceptatie: 3 november 2014
 Adres: prof. dr. em. W.H. van Palenstein Helderma, Nieuwegracht 38, 3512 LS Utrecht
 w.vanpalenstein@gmail.com

Verantwoording

Het Ivoren Kruis onderschrijft de strekking van dit artikel.