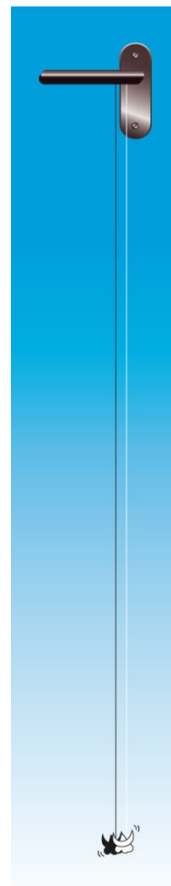


Samenvatting

# Richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen



Nederlandse  
Vereniging  
voor  
Kindertandheelkunde

Initiatief:

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

Wetenschappelijke verantwoording:

Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK)

Mandaterende Verenigingen / Instanties:

- Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
- Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde
- Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde Groningen
- Hogeschool Arnhem/Nijmegen opleiding Mondzorgkunde
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg
- Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Nederlandse Vereniging voor Mondgezondheid (Ivoren Kruis)
- Samenwerkende Regionale Instellingen voor Jeugd tandverzorging
- Stichting Kind en Ziekenhuis
- UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Tandheelkunde
- Vereniging tot bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten
- Vereniging van Orthodontisten

Financiering:

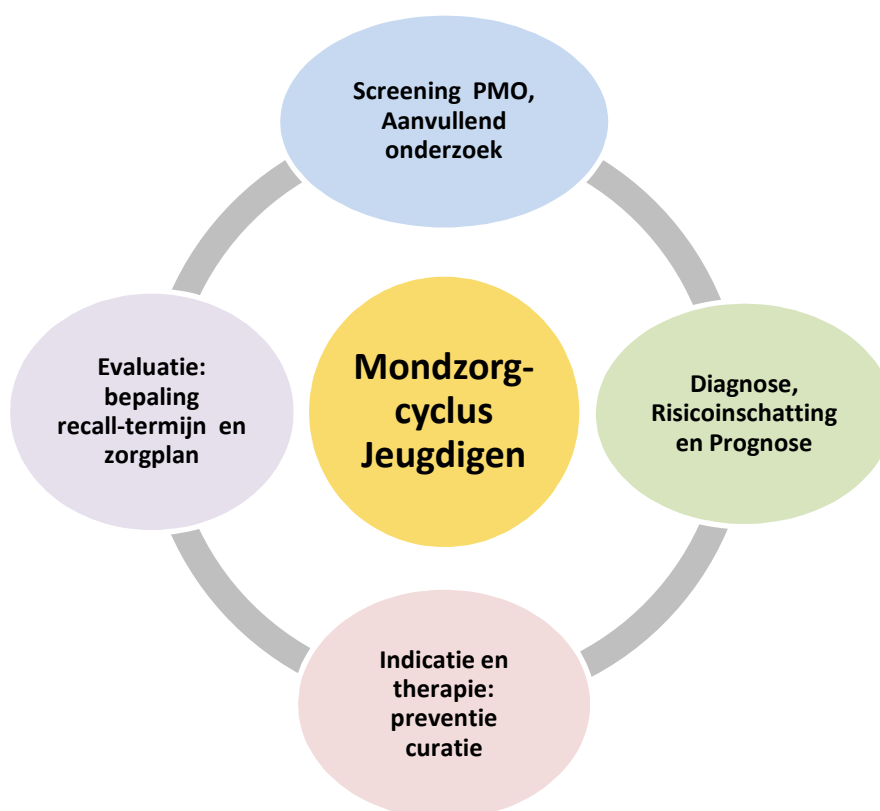
Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiering van de NMT.

# Inleiding

De Richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen is bedoeld voor alle mondzorgverleners en (para)medische professionals, die zich bezighouden met de (mond)gezondheid van het kind. De richtlijn berust op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming van experts gericht op het vaststellen van verantwoord medisch-tandheelkundig handelen.

Deze samenvatting beschrijft aan de hand van enkele prikkelende vraagstellingen de belangrijkste uitgangspunten van de hedendaagse mondzorg voor jeugdigen en kan worden gehanteerd als 'leeswijzer' voor de lijvige richtlijn.

Een belangrijk uitgangspunt in deze richtlijn is dat de mondzorg voor jeugdigen een procesmatige aanpak zou moeten kennen. Tandheelkundige zorg moet op maat worden aangeboden binnen de individuele context van iedere jeugdige. Elke handeling, elke overweging zal onderdeel uit moeten maken van een zogenaamd 'zorgplan'. Daarbij doorloopt de mondzorgverlener feitelijk steeds weer eenzelfde proces, hieronder weergegeven als de 'mondzorgcyclus'. Een nauwkeurige screening in het periodiek mondonderzoek (PMO), een individuele diagnosestelling en risicobepaling, een op maat gestelde behandelindicatie en een goed gemotiveerde en gedocumenteerde evaluatie en nazorg.



De mondzorgverlener dient zich, in samenspraak met de jeugdige patiënt en de ouders/verzorgers, specifieke zorgdoelen te stellen voor de korte en (middel)lange termijn welke haalbaar en toetsbaar zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan behoud van een goede mondgezondheid, stoppen van het cariësproces, herstel van aangetaste weefsels en behoud van functie.

# Screening PMO / Aanvullend onderzoek

## **A U screent een jeugdige op het al of niet gezond zijn van de mond. Welke informatie verzamelt u en waar kijkt u naar?**

Screening is bedoeld om individuen op te sporen met een verhoogd risico op bepaalde pathologische processen in de mond of met een verhoogd risico om in de nabije toekomst mondpathologie te ontwikkelen. Na screening is gerichte preventieve inzet een haalbaar doel.

Het periodiek mondonderzoek (PMO) kan gezien worden als een vorm van screening van mondziekten en wordt beschouwd als een effectieve strategie om mondziekten vroegtijdig te herkennen en vast te stellen. De onderdelen van een PMO bestaan altijd uit anamnese (informatie) en klinisch onderzoek (visuele inspectie). Indien nodig volgt aanvullend onderzoek en professionele ondersteuning zoals beschreven in tabel 2.1 op pagina 31.

*Zie Hoofdstuk 2.*

## **B Na screening kunt u besluiten tot aanvullend onderzoek. Wanneer ziet u daar aanleiding toe?**

Als de screening positief is, dat wil zeggen het cariësproces of het risico daarop lijkt aanwezig te zijn, dan kan (aanvullend) onderzoek nodig zijn om een definitieve diagnose te stellen. Daar waar visuele inspectie alleen onvoldoende informatie heeft opgeleverd, hebben bitewing röntgenopnamen een aanvullende waarde, bijvoorbeeld bij de verdenking van (voortschrijding) cariës of de wens om het cariësproces te willen monitoren.

De indicatie tot het vervaardigen van bitewing opnamen is gebaseerd op een individuele risico-inschatting op grond van evaluatie van het historisch risico, herkenning van actuele ziekmakende- en beschermende factoren en prognose. Het routinematig vervaardigen van röntgenopnamen is niet toelaatbaar.

*Zie Hoofdstuk 4 / Bijlage 3, 4 en 8.*

# Diagnose / Risico-inschatting / Prognose

## **A Na screening (en eventueel aanvullend onderzoek) van een jeugdige stelt u cariësactiviteit vast. Wat doet u om de oorzaak te bepalen?**

Op basis van de verkregen informatie uit anamnese en klinisch onderzoek:

- inventariseren van belangrijkste ziekmakende factoren (risicofactoren/indicatoren): bijvoorbeeld tandplaque en mondhygiëne
- inventariseren van belangrijke beschermende factoren, bijvoorbeeld fluoridegebruik.

Vervolgens is het de bedoeling een zo betrouwbaar mogelijk inzicht te krijgen in de oorzaken van de verstoorde balans in de microfilm (risicoprofiel).

*Zie Hoofdstuk 2.4 / Bijlage 3 en 4.*

## **B Wat doet u om de ernst en de progressie van de cariësactiviteit te bepalen?**

Om de ernst en de progressie vast te stellen is documentatie in het patiëntdossier essentieel. Het gaat om het betrouwbaar toetsen van opeenvolgende waarnemingen tijdens het PMO. Het ontstaan en voortschrijding in de ernst van afwijkingen kunnen zo beter worden vervolgd (monitoren).

Visueel onderzoek van cariëslaesies kan worden vastgelegd in een score met toevoeging actief/niet actief. Ook het aantal laesies in de tijd (risicoprofiel), de soort en de uitgebreidheid van laesies spelen daarbij een rol.

*Zie Hoofdstuk 2 / Bijlage 2.*

# Indicatie en therapie

## **A U hebt de mond van een jeugdige onderzocht en een diagnose gesteld. In uw zorgplan wilt u voor zowel de korte als de (middel)lange termijn een therapie opnemen.**

**Op grond van welke motivatie kiest u voor de ene of juist een andere behandelstrategie?**

Wetenschappelijk onderzoek heeft geleid tot voortschrijdend inzicht in het cariësproces en onderstreept voornamelijk de dynamiek hiervan. Behandeling van cariës dient niet langer (alleen) te zijn gericht op het bestrijden van de symptomen, maar vooral ook op het onder controle krijgen van de oorzaken van de ziekte. Accenten worden daarom gelegd op vroegdiagnostiek, cariësactiviteit, beïnvloeden van oorzakelijke factoren en individuele inschatting van cariërisico.

Daarbij is het van belang dat niet alleen de mondzorgverlener, maar ook de jeugdige patiënt (en de ouders/verzorgers) voldoende inzicht hebben in het cariësproces en zich bewust zijn van individuele risicofactoren of risicogedrag (kennisoverdracht, motiveren).

De keuze voor de uiteindelijke behandelstrategie wordt bepaald door een scala aan factoren. Denk aan grootte, locatie en activiteit van de laesie, cariërisicoprofiel van de patiënt (gebaseerd op onder andere mondhygiëne, voedingsgewoonten en fluoridegebruik), leeftijd en wisselfase dentitie, recente cariësverleden, motivatie en attitude van de patiënt (en de ouders/verzorgers) en coöperatie van de patiënt. Bij elke individuele patiënt is het zaak hierin inzicht te verschaffen, teneinde een passende strategie te kunnen bepalen.

In de onderhavige richtlijn wordt voornamelijk deze 'individualisering' van zorg bepleit. Voorts wordt onderstreept dat elke behandelstrategie vergezeld zou moeten gaan van gerichte preventieve inspanningen (door zowel zorgverlener als patiënt) en wordt het belang benadrukt van evaluatie en reflectie van een gekozen/afgesproken strategie.

*Zie Hoofdstuk 5.*

## **B U hebt de therapie bepaald.**

**Hoe en/of waar is preventie geïntegreerd in uw zorgplan?**

Primaire preventie zal al in het allereerste stadium deel moeten uitmaken van het zorgplan. Een eerste doelstelling van zorg is namelijk het voorkomen van ziekte. De patiënt (en de ouders/verzorgers) zullen zich moeten conformeren aan een bepaald mondgezondheidsgedrag en zij moeten daarin worden ondersteund. Als er duidelijke tekenen van cariësactiviteit zijn, kunnen aanvullende preventieve maatregelen worden ingezet, zoals lokale fluoride-applicatie of fissuurverzegeling (secundaire preventie).

Wanneer het cariësproces al tot in het dentine is voortgeschreden, zal enige vorm van tertiaire preventie onafwendbaar zijn teneinde het cariësproces af te remmen of te stoppen. Deze tertiaire preventie zal echter te allen tijde samen moeten gaan met op maat gesneden primaire en secundaire preventieve inspanningen. Behandeling van cariës dient namelijk niet (alleen) gericht te zijn op het bestrijden van de symptomen, maar vooral op het onder controle krijgen van de oorzaken van de ziekte.

Voorts zal bij elk PMO de mondgezondheidssituatie en het mondgezondheidsgedrag geëvalueerd, en waar nodig, aangepast moeten worden binnen de individuele context en mogelijkheden van de patiënt en zijn sociale omgeving. Afspraken en doelstellingen hieromtrent worden in het zorgplan vastgelegd. Sleutelwoord in de huidige mondzorg voor jeugdigen is en blijft 'preventie op maat'.

*Zie Hoofdstuk 5.*

# Evaluatie: bepaling recall-termijn en zorgplan

## **A U hebt het zorgproces met een jeugdige afgerond.**

### ***Wat legt u vast in het patiëntendossier over uw zorgverlening?***

Het patiëntendossier dient een zorgplan te bevatten. Daarin wordt het overzicht vastgelegd van ondersteunende, preventieve en curatieve handelingen en de achtergronden, leidend tot diagnose en prognose. Wat is nodig om het gestelde zorgdoel te kunnen bereiken of handhaven, inclusief wenselijke evaluatiemomenten, tijdsperioden en betrokken zorgverleners. Dit in tegenstelling tot een behandelplan waarin voor de kortere termijn de tandheelkundige behandeling(en) van een of meer specifieke problemen (cariëslaesies), indicatie en oplossing wordt beschreven.

Elke mondzorgcyclus wordt afgerond met het actualiseren van het zorgplan.

- Bij afwezigheid van ziekte: preventieve adviezen, vervolgtijdlijn röntgenopnamen, risicoscores (prognose) en individuele recall-termijn in het zorgplan opnemen.
- Bij aanwezigheid van ziekte: preventieve en curatieve behandelingen met adviezen, vervolgtijdlijn röntgenopnamen, monitoren van effecten zorg, risicoscores (prognose) en individuele recall-termijn in het zorgplan opnemen.

*Zie Hoofdstuk 2 / Bijlagen 2, 3, 4 en 5 / Overzicht aanbevelingen.*

## **B U hebt het zorgproces met een jeugdige afgerond.**

### ***Met welke factoren houdt u rekening bij het bepalen van de recall-termijn?***

Om te beoordelen hoe vaak een patiënt voor PMO moet terug komen kunnen de volgende factoren van belang zijn:

- al dan niet aanwezige ziekteverschijnselen (risicoprofiel)
- de progressiekans van bestaande laesies
- het aantal risicofactoren/-indicatoren (waaronder ook psycho-sociale kenmerken).

Er dient tevens rekening te worden gehouden met een aantal fasen tijdens de groei en gebitsontwikkeling die tot een verhoogd risico voor cariës en/of erosie kunnen leiden en aanleiding kunnen zijn voor een kortere recall-termijn. Bij deze afwegingen dienen de wensen, voorkeuren en beperkingen van patiënten te worden meegewogen.

*Zie Hoofdstuk 2 / Overzicht aanbevelingen.*

