

Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 10

De differentiatieopleiding tot tandarts-pedodontoloog

Evenals de overige disciplines binnen de tandheelkunde heeft de kindertandheelkunde een ontwikkeling doorgemaakt in de richting van een differentiatieopleiding. Na een voorzichtige start aan het eind van de vorige eeuw bestaat er thans een door de European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) erkende en de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK) opgezette opleiding tot tandarts-pedodontoloog en een daarmee verband houdend register. Na een eerste inschrijving in het register heeft recent een visitatieronde plaatsgevonden waarna ruim 30 tandartsen-pedodontologen officieel zijn ge(her)registreerd en erkend. Zij zijn werkzaam zowel in de algemene praktijk, verwijspraktijken en centra voor bijzondere tandheelkunde als binnen universitaire medische centra en zij staan algemeen practici graag met raad en daad terzijde.

Stel G, Veerkamp JSJ. Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 10. De differentiatieopleiding tot tandarts-pedodontoloog. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 209-212

Inleiding

Tandheelkundig handelen is niet altijd vrij van pijn of ongemak en de behandeling staat daarmee wijd open voor negatieve associaties. Juist bij jonge patiënten kan door uitgebreide behandeling een negatieve conditionering ontstaan leidend tot angst voor de tandheelkundige behandeling, die op de langere termijn weer kan leiden tot vermijdingsgedrag met daaraan gekoppeld de verwaarlozing van de mondgezondheid (Locker et al, 1996). Hoewel onderzoek over angst voor de tandheelkundige behandeling aangeeft dat de rechtstreekse conditionering niet de enige oorzakelijke factor is die hiervoor bepalend is, blijkt uit retrospectief onderzoek vooral de subjectieve perceptie van de tandheelkundige behandeling zwaar te wegen (Klingberg et al, 1995; Ten Berge et al, 2002a). Natuurlijk zullen kinderen met veel tandheelkundige afwijkingen (lees: cariës) een groter risico hebben op negatieve conditionering. Kinderen die bovendien over beperkte capaciteiten beschikken om met hun angst om te (leren) gaan, zullen eerder in bovengenoemde negatieve spiraal terecht komen (Van Meurs et al, 2005). Hoe jonger de leeftijd is waarop deze risicogroepen worden geïdentificeerd, des te eenvoudiger zal hun behandeling zijn.

De risicokinderen, die specifieke aandacht én begeleiding van een tandarts nodig hebben, zijn niet altijd even gemakkelijk vroegtijdig te herkennen (Helfenstein et al, 1991; Powell, 1998). Globaal zijn de volgende groepen risicokinderen te onderscheiden (Van Palenstein Helderma et al, 2001; Van Loveren en Veerkamp, 2004):

> peuters en kleuters met veel cariës;

- > onbehandelbare en/of bange kinderen;
- > kinderen met een (verstandelijke) beperking;
- > medisch gecompromitteerde kinderen.

De cariëserving ('cariesexperience') en -incidentie vormen – zoals aangegeven – een goede voorspeller voor de tandheelkundige toekomst (Hausen, 2003; Broadbent et al, 2005; Skeie et al, 2006). Daarnaast bestaat er een duidelijke correlatie tussen cariëserving en angst voor de tandheelkundige behandeling. Restauratieve zorg is veelal invasief en aversief en daarmee de grootste oorzaak voor het ontstaan van angst voor de tandheelkundige behandeling, (Ten Berge et al, 2002b). Het maakt weinig uit of dit nu komt omdat het kind een tandheelkundige behandeling nog niet of onvoldoende kan overzien, psychologische problemen heeft of een verstandelijke beperking. Als de angst voor de tandheelkundige behandeling toeneemt, neemt ook de kans toe op bijkomende factoren zoals matige of (on)behandelbaarheid en het tentoonspreiden van vermijdingsgedrag (Milgrom et al, 1995; Locker et al, 1996). De patiënt met angst voor de tandheelkundige behandeling loopt door verminderde zelfzorg een vergrote kans op nieuwe caviteiten. Verschuiving van de (preventieve) aandacht naar de risicogroepen is nodig, zonder natuurlijk de reguliere zorg in het gedrang te laten komen.

Voor de wisselende omgangs- en ontwikkelingsfasen van kinderen maken de kindertandheelkunde tot een specifieke vorm van zorg; anders gezegd: de tandheelkunde zelf is niet bijzonder, maar de patiënt wél. Elke ontwikkelingsfase van een kind stelt andere eisen aan de tandarts op het gebied van communicatie. Daarnaast is een actuele kennis van psycholo-

gische ontwikkeling voor elke tandarts een noodzaak. Bij een beperktere groep jeugdige patiënten is kennis van de zich snel uitbreidende bijbehorende pathologie en de erop volgende behandeltechnieken en -strategieën van groot belang voor het adequaat kunnen behandelen van het kindergebit (Veerkamp et al, 2001). Uit onderzoeken blijkt dat behandeling van het kindergebit belangrijk wordt geacht door tandartsen, maar tegelijkertijd als uitdagend, belastend en tijdrovend wordt ervaren (Van Dam en Bruers, 2003). Recente onderzoeken geven echter aan dat het kindergebit letterlijk en figuurlijk een 'zorgenkindje' is binnen de Nederlandse tandheelkunde: terwijl de restauratieve zorg bij het jonge kind terugloopt, lijkt de cariës weer te stijgen (Van Dam en Bruers, 2003; Schuller, 2006). Enerzijds moet aan de basis meer aandacht worden besteed aan het kindergebit, anderzijds moet een groep specialisten worden opgeleid die richting kan geven aan de snel complexer wordende behandeling van kwetsbare kinderen.

Nadat hieronder een kort historisch overzicht is gegeven van de ontstaanswijze van de beroepsdifferentiatie tandarts-pedodontoloog (erkend door de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde – NVvK), wordt de differentiatie tevens beschouwd in het licht van de 4-jarige opleiding Mondzorgkunde, waarvan de eerste lichting medio 2006 is afgestudeerd.

Het ontstaan van de tandarts-pedodontoloog

De oprichting van de European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) had ten doel de belangen van Europese, in de kindertandheelkunde gespecialiseerde (gedifferentieerde) en geïnteresseerde tandartsen te bundelen en de ontwikkeling van het vakgebied te stimuleren. De EAPD stelde zich voor dit te bereiken door de inhoudelijke voorwaarden voor een opleiding tot tandarts-pedodontoloog vast te leggen, een systeem van 'continuous education' op te zetten (onder meer door een specialistisch tijdschrift te ontwikkelen) en regelmatig congressen te organiseren. Het ambitieniveau bleek verder uit het organiseren van symposia waarin telkens nieuwe protocollen en richtlijnen binnen de kindertandheelkunde werden ontwikkeld.

Tijdens de derde Algemene Ledenvergadering (in Athene 1994) werd de inhoud van de EAPD-differentiatieopleiding definitief goedgekeurd door alle leden en in 2000 werd door de opleidingscommissie de eerste opleiding (in Jönköping, Zweden) gevisiteerd. Het tijdschrift van de EAPD, *European Journal of Paediatric Dentistry*, startte in 1999 als een fusie met het tijdschrift van de Italiaanse zusterorganisatie en ging in 2006 zelfstandig verder onder een andere naam: *European Archives of Paediatric Dentistry*.

Parallel aan de oprichting van de EAPD groeide bij de afdeling Kindertandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) de ambitie om – alleen of in samenwerking met anderen – een gestructureerde differentiatie tot kindertandarts op te zetten. De Europese ontwikkelingen werden nauwgezet gevolgd en in eerste instantie werd de Nederlandse opleiding tot kindertandarts conform het Zweedse model (Jönköping) geformuleerd. In samenwerking

met de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde (SBT) werd in 1994 een proeftraject gestart en werd instemming verkregen van de wetenschappelijke vereniging (NVvK), de NMT en het bestuur van ACTA. Bij de totstandkoming van diverse voor een differentiatierichting noodzakelijke kaders en reglementen is bovendien gebruikgemaakt van wat er op dat vlak reeds was gedaan door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie.

De start binnen ACTA was mede gebaseerd op een positieve reactie van de Vereniging voor Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU); de postinitiële opleiding zou wel ingebed moeten worden in een register van de ondersteunende wetenschappelijke vereniging. Voor de NVvK betekende dat een wijziging van het Huishoudelijk Reglement, de instelling van een Reglement voor de Kindertandarts en het inrichten van een structuur ter voorbereiding van een register voor tandartsen-pedodontologen; een exercitie die in 2000 werd geëffectueerd. De Universiteit van Amsterdam had de postinitiële opleidingen aan ACTA inmiddels de status 'master of science' verleend. Deze kwalificatie werd als een gevolg van de thans binnen de tandheelkunde geïmplementeerde bachelor-masterstructuur herzien. Het aantal locaties waar de opleiding plaatsvindt, zal op economische gronden niet worden uitgebreid.

Kindertandarts of tandarts-pedodontoloog?

De omschrijving 'kindertandarts' is veelvuldig in gebruik zonder dat daaraan een specifieke opleiding vooraf is gegaan. Een affiniteit met het behandelen van kinderen bestaat gelukkig bij een groot aantal algemeen-practici. Om een onderscheid te maken tussen de klinische affiniteit met het behandelen van kinderen en de meer wetenschappelijke diepgang die een postinitiële opleiding tot tandarts-pedodontoloog met zich meebrengt, is voor de differentiatie aansluiting gezocht bij de benaming zoals die bij de overige differentiatiedisciplines bestaat. Tandartsen die een postinitiële scholing in de kindertandheelkunde hebben gevolgd en zijn ingeschreven in het register van de NVvK, mogen zich 'tandarts-pedodontoloog erkend door de NVvK' noemen. Zij beogen binnen het specifieke vakgebied kindertandheelkunde een specialist te zijn die de grenzen van de kindertandheelkunde probeert te verleggen en daarbij tot steun te zijn voor de tandartsen-algemeen practici.

De binnen Nederland bestaande differentiatieopleiding tot tandarts-pedodontoloog streeft ernaar gemotiveerde collega's binnen een academische leer- en werkomgeving specifieke competenties aan te leren. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen een formele inhoud van het opleidingsprogramma en de informele positie van de tandarts-pedodontoloog binnen het tandheelkundige zorgveld.

Het opleidingsprogramma

Competenties

De tandarts-pedodontoloog is opgeleid voor de diagnostiek en behandeling van kinderen die om welke reden dan ook (gedrag, complexiteit van de behandeling) van een reguliere

tandarts niet de zorg kunnen krijgen waar zij recht op hebben. De pedodontoloog behandelt deze kinderen zelf of is, na een meer op maat gesneden diagnostiek, een centraal punt voor verdere verwijzing, bijvoorbeeld naar een psycholoog.

In de regel concentreert de behandeling, waarbij gebruik wordt gemaakt van medicamenten of gedragsstrategieën, zich op kinderen met:

- > een te jonge (geestelijke) leeftijd of een onvoldoende begripsniveau om de tandheelkundige situatie te overzien;
- > niet-leeftijdsgelateerde emotionele problemen, angst- of gedragsstoornissen;
- > fysieke stoornissen met consequenties voor de mentale en de sociale ontwikkeling;
- > fysieke stoornissen die directe gevolgen hebben voor een normale gebitsontwikkeling;
- > stoornissen in de gebitsontwikkeling (amelogenesis cq. dentinogenesis imperfecta, oligodontie);
- > een noodzaak voor complexe behandelingen die een dusdanig lage incidentie hebben dat de tandarts-algemeen practicus er geen routine in heeft (bijvoorbeeld behandeling van gebitsletsels bij jonge kinderen of 'early childhood' cariës).

Uitgaande van de ontwikkelingen op het terrein van preventie, restauratie en omgang met kinderen kan de pedodontoloog bij elke leeftijdscategorie de meest adequate behandeling kiezen en het overzicht houden op de specifieke aspecten van de geestelijke en de lichamelijke ontwikkeling. Competenties liggen op de raakvlakken met de ontwikkelingspsychologie, de kindergeneeskunde en de pedagogie. De tandarts-pedodontoloog is op de hoogte van de meest recente ontwikkelingen in de aanpalende vakgebieden. Waar nodig beschikt hij over de vaardigheden om de tandheelkundige behandeling zodanig aan het gedrag van het kind aan te passen dat deze in elk geval op korte termijn uitvoerbaar wordt en dat er bovendien voor de lange termijn duidelijk wordt op welke wijze het kind behandeld kan worden. Gedacht moet worden aan eenvoudige gedragsstrategieën, gedrags-therapeutische interventies, hypnose en medicamenteuze ondersteuning met de verschillende vormen van sedatie of anesthesie.

De tandarts-pedodontoloog wordt opgeleid voor tweedelijnszorg in de kindertandheelkunde, bij voorkeur als meewerkend leidinggevende aan een team van getrainde praktijkmedewerkers in hetzelfde werkveld (collega-tandarts, tandarts-pedodontoloog, kindertandverzorgende). Indien nodig, bijvoorbeeld bij gebrek aan faciliteiten voor het toedienen van anesthesie, behandelt de pedodontoloog in een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Inhoud van het opleidingsprogramma

De opbouw van de opleiding kent een klinische en een theoretische fase. De patiëntenzorg vindt het eerste jaar op de afdeling Kindertandheelkunde van ACTA plaats op verwezen (tweedelijns)patiënten, het tweede jaar bij de Stichting Bijzondere Tandheelkunde in Amsterdam en het laatste jaar

extern bij kinderklinieken of centra voor bijzondere tandheelkunde op andere locaties. Patiëntenbehandelingen worden direct begeleid of achteraf besproken met behulp van video-opnamen, afhankelijk van de fase van de opleiding. Deze opbouw van het klinische deel resulteert in een stratificatie waarbij diagnostiek en uitvoer steeds complexer worden.

In het theoretische deel wordt de tandarts-pedodontoloog in opleiding getraind in een uitbreiding van de tandheelkundige basistheorie (bijvoorbeeld methodologie, statistiek, microbiologie), de relevante facetten van omgang en communicatie met ouder en kind en de in de kindertandheelkunde voor de hand liggende behandelmethoden. Ook de theorie kent een gelaagdheid van algemene naar specifieke kennis zowel in de keuze van de onderwerpen als in de diepgang per onderwerp.

Naast het theoretisch en klinisch gedeelte is er een derde deel, het wetenschappelijke onderzoek. Dit betreft een onder begeleiding van een van de 'senior' stafleden uitgevoerd onderzoek, beschreven vanaf de eerste opzet tot publicatie van een artikel in een buitenlands ('peer-reviewed') tijdschrift of een uitgewerkte eerste opzet van voldoende kwaliteit dat als basis kan dienen voor een dergelijk artikel. Het onderzoek dient in elk geval gepresenteerd te worden op een internationaal congres.

De opleiding moet leiden tot een collega die zelfstandig zorg kan dragen voor onderwijs aan collega's en voor verdieping van de kindertandheelkunde

Rol van de mondhygiënist

Al in de jaren '80 van de vorige eeuw bestond er veel aandacht voor de mogelijke rol die voor de mondhygiënist zou kunnen worden weggelegd bij de (preventieve) behandeling van het kindergebit. In 2 proefschriften uit die periode werd een differentiatierichting binnen de opleiding tot mondhygiënist uitvoerig besproken en werd de beoogde samenwerking tussen mondhygiënist en tandarts op het gebied van de kindertandheelkunde al kort aangeroerd (Burgersdijk, 1979; Van Amerongen, 1980). Een van de stellingen van Burgersdijk (1979) luidde: "...indien binnen de georganiseerde jeugdandverzorging de preventieve en curatieve werkzaamheden voornamelijk door kindertandverzorgsters zullen worden uitgevoerd, ontstaat er een behoefte aan een nieuw tandheelkundig specialisme: de Jeugdandarts." Nu, ruim 27 jaar later, zijn er ruim 200 kindertandverzorgers werkzaam in algemene en gedifferentieerde praktijken, en wordt in de 4-jarige beroepsopleiding Mondzorgkunde meer of minder aandacht besteed aan preventieve en curatieve behandeling van kinderen en jongvolwassenen. De samenwerking tussen de mondhygiënist met een 4-jarige opleiding en de tandarts zal op de werkvloer echter nog nader ingevuld moeten worden. Hierbij kan ook de tandarts-pedodontoloog binnen zijn specifieke werkomgeving een belangrijke rol spelen. De inzet van 'andere handen aan de kindertanden' zal niet vanzelfsprekend gaan maar, zoals Burgersdijk (1979) in een andere stelling reeds opperde, zal menig tandarts die

omslag een moment van (zelf)reflectie kunnen bezorgen: “...Een tandarts die het beroep van kindertandverzorger als een bedreiging voor zijn eigen beroepsbeeld ervaart, dient zich af te vragen op welk niveau hij zijn beroep uitoefent...”

In ieder geval zal het kindergebit zowel binnen de opleiding Mondzorgkunde als de opleiding Tandheelkunde ten minste de aandacht moeten behouden die het nu krijgt. Wie de jeugd heeft, heeft de toekomst! Met het besluit de studieduur van de opleiding tot tandarts met 1 jaar te verlengen komen er binnen de opleiding tot mondarts in de masterfase wellicht meer mogelijkheden voor gemotiveerde studenten om zich theoretisch en klinisch in de kindertandheelkunde te verdiepen; hiermee een basis leggend voor verdere differentiatie en, wellicht afhankelijk van toekomstige ontwikkelingen binnen Europa, misschien op termijn specialisatie binnen de kindertandheelkunde (Keijzer, 2006).

In dat licht bezien is het ook aanbevelenswaardig het thans binnen de opleidingen tandheelkunde meer en meer geïmplementeerde teamconcept te plaatsen in een samenspel tussen de opleidingen Tandheelkunde en Mondzorgkunde. In ieder geval zou het kindergebit in algemene zin gebaat zijn bij een passende aandacht daarvoor binnen genoemde opleidingen, waarbij de tandarts-pedodontoloog vanuit zijn werkomgeving een inhoudelijke bijdrage kan leveren aan kennisoverdracht naar de algemene praktijk.

Literatuur

- Amerongen WE van. Werkzaamheden van kindertandverzorger. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1980. Academisch proefschrift.
- Berge M ten, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 2002a; 16: 321-329.
- Berge M ten, Hoogstraten J, Veerkamp JSJ, Prins PJ. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002b; 30: 101-107
- Broadbent JM, Thomson WM, Williams SM. Does caries in primary teeth predict enamel defects in permanent teeth? A longitudinal study. *J Dent Res* 2005; 84: 260-264.
- Burgersdijk RCW. De kindertandverzorger. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979. Academisch proefschrift.
- Dam BAFM van, Bruers JJM. Het jonge kind in de algemene praktijk. *Ned Tandartsenblad* 2003; 58 (06): 32-33.
- Hausen H. Caries prediction. In: Fejerskov O, Kidd E (eds). *Dental caries. The disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2003.
- Helfenstein U, Steiner M, Marthaler TM. Caries prediction on the basis of past caries including precavity lesions. *Caries Res* 1991; 25: 372-376.
- Kalsbeek H, Poorterman JHG, Verrips GH, Eijkman MAJ. Tandheelkundige verzorging jeugdige ziekenfondsverzekerden (TIJZ). TNO rapport PG/LGD/00.036. Leiden: TNO, 2000.
- Keijzer ALM. Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 1. Opkomst en toekomst. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 342-345.
- Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995; 103: 405-412.
- Locker D, Shapiro D, Liddell A. Negative dental experiences and their rela-

tionship to dental anxiety. *Community Dent Health* 1996; 13: 86-92.

- Loveren C van, Veerkamp JSJ. Cariërisicogroepen. In: Amerongen WE van, Berendsen WJH, Martens LC, Veerkamp JSJ. *Kindertandheelkunde, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- Meurs P van, Versloot J, Howard KE, Veerkamp JSJ, Freeman R. Child coping strategies, dental anxiety and dental treatment: the influence of age, gender and childhood caries prevalence. *Eur J Paediatr Dent* 2005; 6: 173-178.
- Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther* 1995; 33: 313-319.
- Palenstein Helderma WH van, Hof MA van 't, Loveren C van. Identificatie van cariërisicopatiënten 2: Een nieuw predictiemodel om cariërisicopatiënten te selecteren. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110: 439-443.
- Powell LV. Caries prediction: a review of the literature. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 361-371.
- Schuller AA. Evaluatie regionale instellingen voor jeugdandverzorging 2005. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
- Skeie MS, Raadal M, Strand GV, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age – a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16: 152-160.
- Veerkamp JSJ, Amerongen WE van, Berendsen WJH, Martens LC. Kindertandheelkunde, uitgangspunten en grenzen. In: Amerongen WE van, Berendsen WJH, Martens LC, Veerkamp JSJ. *Kindertandheelkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

Summary

Post-academic dental specialties 10. Post-academic specialization in pediatric dentistry

As is the case with other dental disciplines, pediatric dentistry has moved in the direction of a specialized educational programme. After a cautious start at the end of the last century, the European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) and the Dutch Association of Pediatric Dentistry have now recognized the previously existing programme at the Academic Center for Dentistry Amsterdam (ACTA) and a register for dentists-pedodontologists has been established. Recently, about 30 dentist-pedodontologists have received their certification. They work in private practice, pedodontic secondary dental practice and centers for special dental care as well as in university (hospital) clinics. They willingly assist the general dental practitioner with advice and active treatments.

Bron

G.Stel¹ (oud-voorzitter NVvK), J.S.J. Veerkamp²

Uit ¹de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde, Cluster Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen en ²de afdeling Cariologie, Endodontologie en Pedodontologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

Datum van acceptatie: 4 april 2007

Adres: dr. G. Stel, UMC St Radboud, PCT 309, Philips van Leijdenlaan 25, 6525 EX Nijmegen
g.stel@dent.umcn.nl