



J.S.J. Veerkamp¹
E.C.M. Bouvy-Berends²
G. Stel³

Tandheelkundige zorg voor kwetsbare groepen

Samenvatting

Trefwoorden:

- Cariologie
- Gehandicaptenzorg
- Geriatrische tandheelkunde

Uit 'de sectie Cariologie

Endodontologie Pedodontologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), 'de Stichting Bijzondere Tandheelkunde Bijter in Rijnmond en 'de afdeling Sociale en Preventieve Tandheelkunde en Pedodontologie van het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud in Nijmegen.

Datum van acceptatie:
28 augustus 2003.

Adres:

Dr. J.S.J. Veerkamp
ACTA
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam
j.veerkamp@acta.nl

Onze maatschappij kent een aantal kwetsbare groepen die, omdat ze onvoldoende in staat zijn tot tandheelkundige zelfzorg, ook een groot tandheelkundig risico dragen. Het betreft onder andere onbehandelbare kinderen, gehandicapten en ouderen bij wie het vermogen en of belangstelling voor zorg sterk is afgenomen. Een individueel georiënteerde preventie zal moeten leiden tot een betere zorg, mantelzorg en zelfzorg. Vermoedelijk is extra financiële ruimte hiervoor nodig, wellicht door reallocatie van gelden uit de reguliere tandheelkundige zorg. Als dit niet tot stand komt, geldt er een zeer sombere prognose voor hen die het niveau van zelfzorg niet kunnen bereiken, zoals gehandicapten en ouderen.

VEERKAMP JSJ, BOUVY-BERENDS ECM, STEL G. Tandheelkundige zorg voor kwetsbare groepen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110: 500-503.

Inleiding

De verbeteringen in de naoorlogse tandheelkundige zorg zijn vooral uitgevoerd op basis van inhoudelijke argumenten. Uitgaande van wetenschappelijk onderzoek werd een meersporenbeleid ingezet ter verbetering van de gebitsgezondheid (Deenik, 2003). De maatregelen zijn samen te vatten in drie hoofdgroepen:

- intensivering van de collectieve preventie;
- integratie van het fluoridegebruik in de tandheelkunde en in de maatschappij;
- opleiden van meer tandartsen.

De ingevoerde maatregelen bleken succesvol voor grote groepen van de bevolking. Twintig jaar later was in Nederland het tandbederf teruggelopen, de verzorgingsgraad gestegen en leek het aantal tandartsen te groot geworden. Dat leidde uiteindelijk tot de volgende maatregelen:

- Budgetten voor de collectieve preventie werden verplaatst naar de gemeenten, waardoor de tandheelkundige preventie moest concurreren met andere niet op de gezondheidszorg gerichte prioriteiten (Veerkamp, 2001; zie bijdrage van Van Loveren en Eijkman in dit themanummer, 2003).
- De opleidingscapaciteit van tandartsen werd verminderd (afgestudeerde collega's vertrokken naar het buitenland).
- Een groot deel van de schooltandheelkundige diensten werd opgeheven. Door imago problemen vluchtten de ouders massaal naar de huistandartsen, die claimden nu wel tijd te hebben voor de jeugd.

Risicogroepen en kwetsbaren

De redenen van voornoemde maatregelen lagen voor de hand: er was meer dan voldoende mankracht voor restauratieve zorg en omdat de collectieve preventie succesvol was geweest, kon deze nu meer richting individuele preventie worden gestuurd. Een zinvol beleid: er was immers meer informatie bekend (meer onder-

zoek), informatie was beter bereikbaar (televisie) en mensen konden dus meer op hun eigen verantwoording worden gewezen (zelfzorg). De overblijvende groepen met tandbederf bleken moeilijk te vatten; zij worden ook wel risicopatiënten genoemd (tab. 1). Een belangrijk deel van het huidige cariësprobleem is toe te schrijven aan een groep die in verminderde mate in staat is tot zelfzorg en minder dan vroeger kan rekenen op ondersteuning bij die zorg (mantelzorg).

De afgelopen tien jaar vormde een periode van economische groei. Kennelijk hebben de risicogroepen, de kwetsbaren, daar onvoldoende van kunnen profiteren. Zo kregen de huistandartsen weer meer werk en kwamen niet toe aan de behandeling van de jonge kinderen, met een dalende verzorgingsgraad onder vijfjarigen (Kalsbeek, 2000). Ook stuitte de uitvoering van de regelgeving voor zorg aan mensen met beperkingen – in Nederland ronduit goed – op een personeels- c.q. taakdelegatieprobleem (Deenik, 2003). Nu de middelen vanuit de gezondheidszorg afnemen en de gebitsgezondheid in een aantal landen van Europa bovendien weer terugloopt (Kalsbeek, 2000; Haugejorden en Birkeland, 2002), dreigt het gevaar dat genoemde risicogroepen nog verder op achterstand komen te staan.

Om de gebitsgezondheid van deze groepen te verbeteren moet worden aangegeven wat de problemen van deze groepen zijn (identificatie), en er moet beleid worden geformuleerd; het beleid moet worden omgebogen in de richting van die bijzondere zorggroepen (modificatie). Indien nodig moeten middelen hiervoor worden vrijgemaakt die onthouden zullen worden aan de reguliere tandheelkundige gezondheidszorg (operationalisatie).

Kwetsbare groepen

Tabel 1 geeft een overzicht van de kwetsbare groepen. Jonge, onbehandelbare of bange kinderen kunnen bijleren en verdwijnen uiteindelijk als risicogroep. Bij mensen met aangeboren en verworven aandoeningen kan dit traject niet worden gevolgd. Ouderen, de derde

risicogroep, volgen een omgekeerd traject: ze zullen pas laat een beroep doen op extra zorg. Kinderen met een handicap vormen de kern van de groep: ze zullen mogelijk hun hele leven deel uitmaken van de populatie kwetsbare patiënten en profiteren anders dan hun leeftijdgenootjes minder van cariëspreventieve maatregelen. Een verhoogd cariërisico in samenhang met specifieke aandoeningen is beschreven voor onder andere thuisverblijvende kinderen met meervoudige handicaps, cerebraal bewegingsgestoorde (spastische) kinderen en kinderen die lijden aan spierdystrofie, astma, cystische fibrose en congenitale hartafwijkingen. Gemiddeld wordt bij hen meer cariës gevonden (Storhaug, 1989). Een complicerende factor bij de uitvoering van diagnostiek en preventie is bovendien dat kinderen met een ernstige verstandelijke handicap een hogere predispositie voor andere lichamelijke aandoeningen hebben (Evenhuis, 1998). Zo laat recent onderzoek zien dat bij kinderen met het syndroom van Down een genetische predispositie voor een verminderd afweermechanisme wellicht eerder verantwoordelijk is voor ernstig parodontale aandoeningen dan de aanwezigheid van paropathogenen. De gunstige factoren voor een lage cariësprevalentie, namelijk microdontie, agenesieën en speekselsamenstelling ten spijt, lopen deze patiënten bij een slecht uitgevoerd mondhygiënerigime wel degelijk een cariërisico door voedings- en longproblemen (Reuland-Bosma, 1995).

Effectieve zelfzorg is bij deze groep veelal een probleem, preventieve maatregelen zijn dikwijls niet uitvoerbaar en het is als laatste voor ouders (weer) lastig een geschikte tandarts te vinden. Men ziet dat de mondhygiëne ernstig te wensen over laat en er een grote behandelachterstand bestaat (Van Grunsven en Koelen, 1990). De prevalentie van tandcariës in deze groep wijkt niet wezenlijk af van die bij het gezonde kind, maar wel de verzorgingsgraad. Uit alle onderzoeken blijkt dat bij hen meer carieuze laesies onbehandeld blijven, de verzorgingsgraad derhalve (nog) lager is en meer extracties worden uitgevoerd (Nunn, 1987; Desai *et al*, 2001). Uit onderzoek van Saunders en Roberts (1997) bleek dat kinderen met ernstige congenitale hartafwijkingen in vergelijking met gezonde kinderen, een aanzienlijk slechtere mondgezondheid hebben. Zo was 52% van de cariëslaesies onbehandeld tegen 32% bij de gezonde groep en had 18% nooit een tandarts bezocht tegen 3% van de gezonde kinderen. Harrison en Roberts (1998) zagen dat in vergelijking met een fysiek gezonde controlegroep bij chronisch zieke kinderen onder algehele anesthesie, significant vaker extracties en minder frequent pulpotomieën en stalen kroontjes worden uitgevoerd.

Van mantelzorg naar zelfzorg

Voor onbehandelbare kinderen bestaat de taak van de beroepsgroep uit het informeren en ondersteunen van de ouders waar dit nodig is. Het gaat om zoveel mogelijk primaire preventie, eventueel secundaire en incidentele tertiaire preventie (tab. 2). De zorg gaat van

Tabel 1. Groepsindeling voor cariërisicopatiënten (Veerkamp, 2000).

Categorie cariërisico

- Onbehandelbare/bange kinderen
- Een aangeboren verstandelijke of lichamelijke beperking
- Mensen met een op latere leeftijd verworven geestelijke of lichamelijke beperking

Tabel 2. Vormen van preventieve zorg tegen tandbederf.

Primair	Bescherming van individuen tegen een ziekte, voorkomen dat een populatie kwetsbaar is voor de oorzaken van de aandoening. Voorkomen dat (een begin van) cariës ontstaat.
Secundair	Primair + beperken van de uitbreiding van de aandoening. Remineralisatie, geconsolideerde cariës.
Tertiair	Secundair + aandoening beperken als er functionele schade is ontstaan. De gezondheidstoestand van de patiënt is duurzaam veranderd.

mantelzorg naar zelfzorg. De taak voor de ouder verdwijnt geleidelijk en de taak voor de beroepsgroep wordt minder.

Kinderen met een handicap, de groep die echter niet in staat is de laatste stap naar zelfzorg te maken, horen in een zorgzame maatschappij op het niveau van zorg of mantelzorg te kunnen blijven. Op die manier kan van deze groep het deel dat voor 100% op zorg aangewezen is, nog rugdekking krijgen. Maar de groep die een beroep zou moeten doen op mantelzorg (ouders, begeleiding op afstand c.q. hulp op afroep) dreigt tussen wal en schip te vallen. Zo kan de mondgezondheid van mensen die voorheen in een instelling tandheelkundige hulp kregen en nu, in een veranderde leefomgeving, aangewezen zijn op de reguliere tandheelkundige zorg, ernstig verslechteren. Er bestaat een complexe samenhang tussen de mate van verstandelijke handicap, leefomstandigheden en mondgezondheid bij volwassenen met een verstandelijke handicap. Mensen met een lichte verstandelijke handicap die min of meer zelfstandig wonen, vertonen meer cariës en lopen meer kans op het ontwikkelen daarvan dan ernstig verstandelijk gehandicapten. Bij deze laatste groep blijken de leefomstandigheden (in of buiten een instelling) nauwelijks een rol te spelen in cariësprevalentie en incidentie. Mensen met een lichtere handicap kunnen immers meer invloed uitoefenen op hun levensstijl, slechte eetgewoonten ontwikkelen en toezicht op de mondhygiëne ontlopen (Gabre, 2000; Stanfield, 2003).

Modificatie van het beleid

De tertiaire preventie (het 'gewone behandelen'), waar deze risicogroepen behoefte aan lijken te hebben, is het meest arbeidsintensief. Juist in deze groepen komt de multifactoriële kant van cariës, het gedrag in het bijzonder, sterk naar voren. Verschillende modellen zijn beschreven voor de begeleiding en de behandeling van risicogroepen (Appleton *et al*, 1997; Pyle, 2002). De verbindende factoren bij de modellen worden gevormd door intensieve aandacht en maatschappelijk-

Tabel 3. Vaststellen van cariërisico op basis van individuele risicofactoren (0 = geen risico; 1 = beperkt risico; 2 = uitgebreid risico).

Adrie (3 jaar) heeft zuigflescariës. Hij wil niets zonder zijn fles en verbouwt de kamer van de tandarts. Komt voor het eerst bij de tandarts, die mikt op gedragsverandering en besluit tot extra aandacht.

Risicoscore van Adrie ten aanzien van			
Coöperatie	Preventie	Cariës	
2	2	2	

De hoogste risicoscore van Adrie is 2. Adrie is dus een risicokind. Het tandheelkundige team zal alle zeilen moeten bijzetten. Als het niet beter wordt, zal Adrie langdurig risicokind blijven. Verandering van gedrag en eventuele restauratieve zorg kunnen een spectaculair resultaat opleveren.

Bas (2 jaar) is een gezellige kwebbelaar. Hij kluift het liefst op zijn tandenborstel om de tandpasta eruit te zuigen. Moeder poetst met fluoridetandpasta en heeft problemen zelf te poetsen. Zo te zien heeft Bas een gaaf gebit.

Risicoscore van Bas ten aanzien van			
Coöperatie	Preventie	Cariës	
0	0	0	

De hoogste risicoscore van Bas is 0. Bas is dus geen risicokind. Zijn poetsgedrag is volstrekt leeftijdsadequaat. Ook als het preventieve gedrag minder zou zijn, kan desnoods een eenmalig extra consult worden gegeven om het poetsen te begeleiden. Het lijkt voldoende

Tabel 4. Controle-intervallen behorend bij de mogelijke risicoscores.

Risicoscore	Patiënt terugzien indien:	Volgende controle
Geen: 0	Bij klachten patiënt	12 maanden
Beperkt: 1	Bij klachten patiënt	Maximaal 12 maanden
Uitgebreid: 2	Op initiatief tandarts	Keuze tandarts

ke integratie. Het ligt op de weg van de tandheelkunde om vooral de intensieve aandacht meer uit te werken. Dan immers kan op grond van tastbare criteria de mondgezondheid worden vastgesteld en begeleid. In de praktijk komt het erop neer dat er een veel intensievere begeleiding komt rondom dagelijkse mondzorg, begeleiding van (frequenter) bezoeken aan de tandarts/mondhygiënist en aangepaste restauratieve zorg. Een opzet waar taakdelegatie zijn waarde heeft bewezen (Desai *et al*, 2001).

Een voorbeeld van de manier waarop intensieve zorg in hechte relatie met de verschillende vormen van preventie kan worden geïmplementeerd in een bestaand zorgmodel, wordt gegeven in een opzet tot verbetering van de controle voor de jeugd. Voor de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft de Projectgroep Onderbouwing Jeugdconsult een controlesysteem voorgesteld waarbij het tandheelkundig risico wordt gekoppeld aan de gebitsgezondheid en de behandelbaarheid van de patiënt. Tijdens de controle stelt de tandarts vast of de patiënt in een risicocategorie valt en op grond daarvan frequenter terug moet komen. Bij de risico-indeling kan hij zich richten op de criteria die zijn gerelateerd aan het risico: de medewerking van de patiënt, het preventie-niveau en de cariësstatus. Elk van de drie criteria kent drie niveaus: geen risico, beperkt risico en uitgebreid risico. Indien een van de factoren de maximale score

heeft, wordt de patiënt aangemerkt als risicopatiënt en kan hij extra terugkomen voor zorg (tab. 3). Als een patiënt niet in een risicocategorie valt, hoeft hij dus minder vaak terug te komen en wordt hij op deze manier beloond voor zijn hogere niveau van zelfzorg (tab. 4). De verhoogde preventieve behandel frequentie voor de risicogroepen voorkomt op die manier dat er alleen maar wordt gefocuseerd op tertiaire preventie (restauratieve zorg).

Realisatie van zorg aan kwetsbaren

Voor uitbreiding van de zorg voor risicogroepen is brede maatschappelijke verankering nodig. Die verankering is er wel, maar door gebrek aan financiële middelen lijkt het erop dat er gekozen moet worden voor een kwalitatief lager einddoel. Deze tendens is ook internationaal waarneembaar (Nunn, 1987; Desai *et al*, 2001; Saunders en Roberts, 1997). De kwaliteit van de gezondheidszorg in een land kan worden afgemeten aan de levensverwachting van de bevolking. De levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking is, ook in de rijke landen, altijd korter geweest dan die van de rest van de bevolking. Recent Fins onderzoek heeft aangetoond dat dit nochtans niet meer geldt voor mensen met een lichte verstandelijke handicap, maar nog wel voor de groepen met een matige of ernstige verstandelijke handicap (Patja *et al*, 2000).

Kinderen met een beperking hebben vooral belang bij primaire preventie. Natuurlijk is de eenvoudigste oplossing te concluderen dat er meer financiële ondersteuning moet komen. Een verandering van zorgconcept als genoemd in de vorige paragraaf ligt eerder voor de hand. Bij gelijkblijvend financieel volume kan op deze wijze de extra aandacht voor de risicogroepen worden 'ingeruild' tegen de zorg op maat voor de gezonde groep. En dat zou op zich een signaal van kracht zijn, van vertrouwen in de gezondheidszorg.

Conclusie

De mondzorg van kwetsbare groepen heeft behoefte aan een zorgconcept met meer individuele begeleiding op basis van een persoonlijk risicoprofiel. Op dit moment ontbreekt daarvoor de organisatorische of financiële basis. De financiën daarvoor zullen waarschijnlijk gezocht moeten worden in de middelen die op dit moment aan de reguliere zorg worden besteed.

Literatuur

- APPLETON PL, BÖLL V, EVERETT JM, KELLY AM, MEREDITH KH, PAYNE TG. Beyond child development centres: care coordination for children with disabilities. *Child Care Health Dev* 1997; 23: 29-40.
- DEENIK BZ. Tussen de regels terug. Geschiedenis van 100 jaargangen Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde. Nijmegen: STI Book BV, 2003: 102-118.
- DESAI M, MESSER LB, CALACHE H. A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Australia. *Aust Dent J* 2001; 46(1): 41-50.

- EVENHUIS HM. Dutch consensus on diagnosis and treatment of hearing impairment in children and adults with intellectual disability. The Consensus Committee. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40: 451-456.
- GABRE P. Studies on oral health in mentally retarded adults. Stockholm: Karolinska Institutet, 2000. Academisch proefschrift.
- GRUNSVEN MF VAN, KOELEN MA. Psychosociale aspecten van tandheelkundige zorg voor gehandicapten. Onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van thuisverblijvende gehandicapte kinderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 448-451.
- HARRISON MG, ROBERTS GJ. Comprehensive dental treatment of healthy and chronically sick children under intubation general anaesthesia during a 5-year period. *Br Dent J* 1998; 184: 503-506.
- HAUGEJORDEN O, BIRKELAND JM. Evidence for reversal of the caries decline among Norwegian children. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 306-315.
- KALSBEEK H. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfonds-verzekeerden. PG/JGD/00.036. Leiden: TNO, 2000.
- LOVEREN C VAN, EIJKMAN MAJ. Preventie op koers? Investeren blijft noodzaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110: 493-499.
- NUNN J. The dental health of mentally and physically handicapped children: a review of the literature. *Community Dent Health* 1987; 4: 157-168.
- PATJA K, IVANAINEN M, VESALA H, OKSANEN H, RUOPILLA I. Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44: 591-599.
- PROJECTGROEP ONDERBOUWING JEUGDCONSULT. Verslag onderbouwing uitgebreid jeugdconsult. Nieuwegein: NMT, 2002.
- PYLE MA. Changing perceptions of oral health and its importance to general health: provider perceptions, public perceptions, policymaker perceptions. *Spec Care Dentist* 2002; 22: 8-15.
- REULAND-BOSMA W. Down syndrome 2. Orofacial aspects. *Rev Belg Med Dent* 1995; 50: 53-62.
- SAUNDERS CP, ROBERTS GJ. Dental attitudes, knowledge, and health practices of parents of children with congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1997; 76: 539-540.
- STANFIELD M, SCULLY C, DAVISON MF, PORTER S. Oral healthcare of clients with learning disability: changes following relocation from hospital to community. *Br Dent J* 2003; 194: 271-277.
- STORHAUG K. Disability and oral health. A study of living conditions, oral health, and consumption of social and dental services in a group of disabled Norwegians. Oslo: University of Oslo, 1989. Academisch proefschrift.
- VEERKAMP JSJ. De tandarts belastend voor het kind of het kind belastend voor de tandarts? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 59-61.

Dental care for the handicapped patient

In the last years the caries risk in the Netherlands has shifted to vulnerable groups consisting of people unable to commit themselves to independent preventive dental care. These groups, children with behaviour management problems, mentally disabled, and elderly people make a change in the perspective of preventive dental care necessary. A more individual approach is advised. The costs of the changes possibly have to be drawn from the regular dental budget.

Summary

Key words:

- Dental caries
- Special care in dentistry
- Geriatric dentistry