

GEBITSBEHOUD BIJ 35-55-JARIGEN

SAMENVATTING

Behalve nieuwe behandelingsmogelijkheden en restauratiematerialen kunnen ook wijzigingen in indicatiestelling in de toekomst een verdere bijdrage leveren aan gebitsbehoud bij 35-55-jarigen. Enkele mogelijkheden omtrent deze ontwikkelingen en effecten hiervan op gebitsbehoud zijn vergeleken met resultaten van een overeenkomend scenario, berekend met behulp van een computermodel van de tandheelkundige gezondheidszorg. Uitgaande van het scenario tonen de simulatieresultaten een geringe afname van het aantal ontbrekende gebitselementen per persoon en een reductie van het percentage edentaten in de komende decennia. Als bijkomend effect laat het scenario een aanzienlijke kostenreductie van de tandheelkundige gezondheidszorg zien.

VAN FOREEST JD, BAST AJJ, TRUING GJ, BRONKHORST EM. Gebitsbehoud bij 35-55-jarigen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 239-41.

J. D. van Foreest, tandarts
A. J. J. Bast, tandarts
G. J. Truin, tandarts
E. M. Bronkhorst, wiskundig ingenieur

Trefwoorden: Mondgezondheid – Toekomstverwachting

Datum van acceptatie: 3 april 1989.

Adres: J. D. Foreest, Storm van 's-Gravesandeweg 83, 2242 JD Wassenaar.

1. INLEIDING

Hoewel op voorhand duidelijk is dat de leeftijdsgroep van 35 tot 55-jarigen buitengewoon heterogeen is, lijken globaal enige specifieke tandheelkundige kenmerken aan deze leeftijdsgroep te kunnen worden verbonden.

De leeftijdperiode van 0 tot 35 jaar wordt gekenmerkt door het krijgen van natuurlijke tanden en kiezen en door primaire preventie. Anderzijds is de leeftijdsgroep ouder dan 55 jaar te kenmerken door gebitsverlies en door de specifieke problemen van de edentate patiënt. De tussenliggende leeftijdperiode zou gekenmerkt kunnen worden als de periode van het 'restaureren' en 'rerestaureren' en als de periode van het 'elementverlies'.¹

In deze bijdrage wordt ingegaan op de vraag hoe het verlies van gebitselementen bij de groep van 35-55-jarigen kan worden voorkomen.

2. MAATREGELEN TER VOORKOMING VAN ELEMENTVERLIES

2.1. Regelmatig tandartsbezoek

Bij deze groep volwassenen blijkt reeds een groot percentage regelmatig de tandarts te bezoeken.¹ Met name in de laagste en in de hoogste sociale klasse blijkt dat percentage lager te zijn. Door een grotere beschikbaarheid (praktijk uitoefenen in de avonduren en weekeinden) zou het percentage regelmatige tandartsbezoekers nog verder verhoogd kunnen worden.

2.2. Terugdringen van rerestauratie

Van de 11 miljoen restauraties in de leeftijdsgroep van 35-55 jaar zijn er slechts 2,5 miljoen het gevolg van primaire cariës. 80% van de aanwezige restauraties voldeed aan de in het onderzoek gehanteerde criteria en er bestond geen wezenlijk verschil in kwaliteit tussen restauratie bij ziekenfonds-

verzekerden of particulieren.¹ Er zijn kennelijk een aantal factoren die tot de grote mate van rerestauratie leiden. Te denken valt aan:

- indicatiestelling (tot rerestaureren);
- keuze restauratiemateriaal (ook indicatiestelling);
- kwaliteit van de materialen;
- procedures vervaardigen van de restauraties;
- mondigheid van de patiënten;
- mobiliteit van patiënten (veranderen van tandarts);
- 'tandartsenoverschot';
- honoreringssystematiek en honoreringniveau.

2.3. Levensduur van tandheelkundige restauraties

De huidige kwaliteit van de restauratiematerialen wordt goed genoeg geacht om elementverlies te voorkomen. Desondanks blijkt dat, terwijl de restauratiematerialen goed zijn en nog steeds beter worden, de levensduur van de vullingen toch korter wordt.

De indicatiestelling en wijze waarop de materialen worden toegepast lijken een veel belangrijkere rol te spelen bij het restaureren en het fenomeen van elementverlies. Ook de toenemende mobiliteit van patiënten leidt tot een kortere levensduur van vullingen. Het gemakkelijker veranderen van tandarts (mondigheid van patiënten en voldoende beschikbaarheid van tandartsen) bevordert het 'vroegtijdig' rerestaureren.

2.4. Wijziging in behandelstrategie

Vermoedelijk leidt de partiële plaatprothese in veel gevallen op termijn tot een volledige prothese en zou daarom vermeden moeten worden als oplossing voor verloren gegane elementen. Het percentage personen dat een partiële plaatprothese draagt, is het hoogst in de leeftijdscategorie van 45-54 jaar.¹ Met de komst van nieuwe behan-

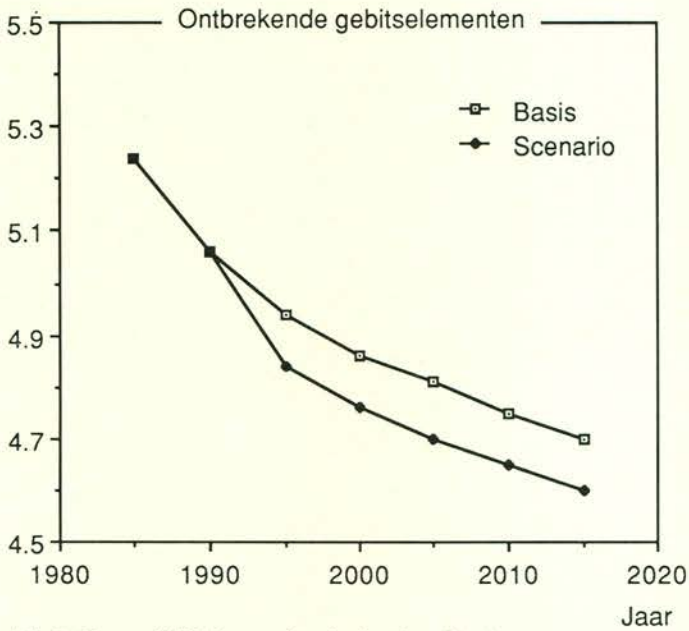
delingsmogelijkheden, zoals bij voorbeeld de toepassing van adhesieve technieken en implantaten, zal het indicatieterrein van de partiële plaatprothese ingeperkt kunnen worden en op deze wijze indirect een bijdrage leveren aan gebitsbehoud in deze leeftijdsgroep.

3. IMPLEMENTATIE VAN HET SCENARIO IN HET MODEL

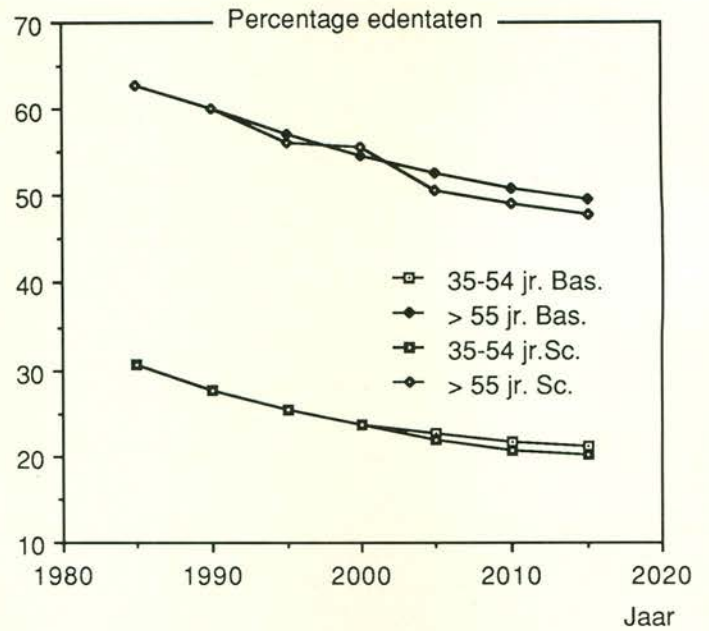
Op basis van bovengenoemde ideeën werd een toekomstscenario opgesteld waarin het plaatsen van een partiële prothese bij deze leeftijdsgroep zoveel mogelijk beperkt zou worden. Ontstane diastemen ten gevolge van (solitaire) extracties van gebitselementen zouden bij voorbeeld voortaan met etsbruggen of via implantaten behandeld worden. Tegelijkertijd werden restauraties met een nog langere levensduur in het scenario opgenomen. Als bijkomende maatregel werd een verhoogde inzet van mondhygiënist voorgesteld.

Dit scenario bleek slechts indirect in het simulatiemodel te kunnen worden ingevoerd. De redenen hiervan waren dat in het model de behandelingen 'etsbruggen en implantaten' niet zijn opgenomen, en dat de gebitsstoestand in iedere leeftijdsgroep niet op solitair element- en individuniveau, maar op gemiddeld groepsniveau wordt bijgehouden. Het scenario werd benaderd door in het model de volgende veranderingen ten opzichte van de basisrun aan te brengen.

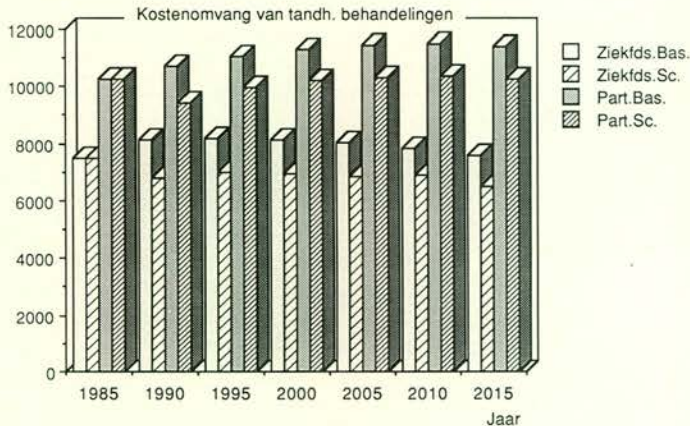
- Partiële prothesen worden vanaf 1989 zo min mogelijk en vanaf 1995 niet meer door de algemeene practici geïndiceerd.
- Indien een partiële prothese geïndiceerd is, wordt aan kroon- en brugwerk en/of frameprothesen de voorkeur gegeven.
- De gemiddelde levensduur van (amalgam en composiet-)restauraties, in 1988 gemiddeld 10 à 11 jaar voor deze leeftijdscategorie in het model, wordt verondersteld in de komende vijf jaar met een factor 1,5 toe te nemen en daarna op dit niveau te blijven.



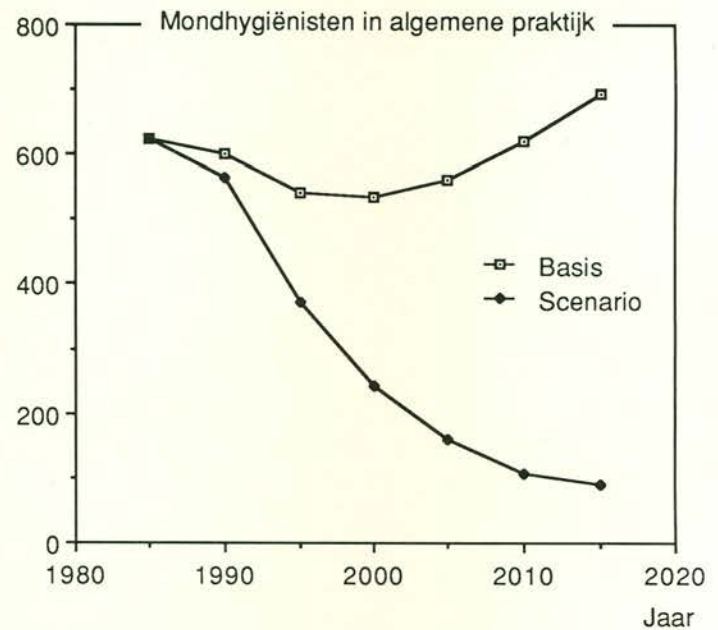
Afb. 1. Het gemiddelde aantal ontbrekende gebitselementen per dentate persoon in de leeftijdsgroep van 35 t/m 54 jaar.



Afb. 2. Het percentage edentaten in de leeftijdsgroep van 35 t/m 54 jaar en 55 jaar en ouder in de basisrun (Bas.) en het scenario (Sc.).



Afb. 3. Kostenomvang van de tandheelkundige gezondheidszorg (* 100.000; indexjaar 1988) voor alle leeftijden, apart voor ziekenfondsverzekerden en niet ziekenfondsverzekerden in de basisrun (Bas.) en het scenario (Sc.).



Afb. 4. Het aantal in de algemene praktijk werkzame mondhygiënisten (full-time equivalenten) in de basisrun en het scenario.

– Tandartsen zijn in principe meer bereid behandelingen aan mondhygiënisten te delegeren.

4. RESULTATEN VAN HET SCENARIO

Doel van het scenario was het verlies van (solitaire) gebitselementen te voorkomen. Afbeelding 1 en 2 tonen de gesimuleerde resultaten. Ten gevolge van het scenario neemt het gemiddelde aantal ontbrekende gebitselementen per dentate persoon enigszins af, vergeleken met de basisrun.

Ook het percentage edentaten in de leeftijdscategorieën van 35-54 en 55 jaar en ouder laat ten gevolge van het scenario een geringe daling zien.

Als belangrijk bijkomend effect heeft het scenario een aanzienlijke kostenreductie van de tandheelkundige gezondheidszorg tot gevolg (afb. 3). In tegenstelling tot wat met het scenario eveneens werd beoogd (namelijk de inschakeling van meer mondhygiënisten) tonen de scenario-experimenten dat het aantal in de algemene praktijk werkzame mondhygiënisten juist sterk zal

dalen (afb. 4). Oorzaak hiervan is een verwachte afname van de praktijkdrukte met ongeveer 8% ten opzichte van de basisrun ten gevolge van een sterke reductie van het aantal restauratieve behandelingen.

5. DISCUSSIE EN CONCLUSIES

De beschikbaarheid van computer-simulatiemodellen maken de verleiding groot om ingrijpende scenario's op te stellen. Het hier uitgevoerde scenario-experiment is hiervan een voorbeeld. Ondanks het expe-

rimentele karakter van het scenario lijken toch een aantal conclusies uit het scenario-experiment te kunnen worden getrokken.

De levensduur van vullingen (en daarmee dus de mate van reresauratie) wordt slechts ten dele bepaald door de kwaliteit van de restauratiematerialen. Andere factoren zoals indicatiestellingen, mobiliteit van patiënten, 'tandartoverschot' en verzekeringssystemen spelen tegenwoordig een grotere rol hierin. Duidelijk is wel dat het systematisch verlengen van de levensduur van vullingen een sterke invloed heeft op het totale tandheelkundige systeem, zowel wat werkgelegenheid als wat kosten betreft.

In hoeverre de trend van het afnemende aantal werkzame mondhygiënist in de algemene praktijk reëel is in het scenario, staat ter discussie. De aanname in het simulatiemodel dat bij afname van de praktijk-drukke tandartsen minder geneigd zijn mondhygiënist in te schakelen, lijkt begrijpelijk. De gesimuleerde effecten op de arbeidsmarkt voor mondhygiënist zijn ingrijpend.

Het doel van het scenario was het terugbrengen van gebitsverlies bij 35-jarigen en ouderen mede door middel van een zeer beperkte indicatie voor het plaatsen van partiële plaatprothesen. De veronderstelling dat de partiële plaatprothese leidt tot een volledige prothese en daarom vermeden zou moeten worden als oplossing voor verloren gegane elementen staat – begrijp-

pelijkerwijs – ter discussie. Een partiële plaatprothese kan wel degelijk vele jaren goed functioneren en kan, wanneer sprake is van het oplossen van een esthetisch probleem, zelfs verder elementverlies voorkomen. Anderzijds werd vastgesteld dat patiënten vaak op een bepaald moment bewust of onbewust in een behandelcategorie worden ingedeeld. Eénmaal een extractie kan leiden tot het gemakkelijker besluiten tot volgende extracties. Eenmaal een 'plaatje' altijd een 'plaatje' (en met een volledige prothese als verwachtingspa-

troon).

Om deze reden verdient het aanbeveling te stimuleren (bij tandartsen, patiëntenorganisaties en verzekeraars) dat periodiek (bij voorbeeld eens per vijf of tien jaar) in goed overleg met de patiënt een gestructureerd behandelingsplan wordt opgesteld. Hierin schuilt een sterk instrument om a) elementsverlies zoveel mogelijk te voorkomen en b) behandelingen meer te richten op gebitsbehoud dan op de maatschappelijk nog veel te gemakkelijk aanvaarde volledige prothese.

SUMMARY

ORAL HEALTH IN 35-55-YEAR OLD PEOPLE

Key words: Oral health – Forecasting – Dental health care

Changes in treatment planning and improved dental materials can probably cause a further improvement of the oral health in 35-55-year old people. Expectations concerning new developments in this field and the quantitative results of a computer simulation model, based on a corresponding scenario, were compared. The results suggest a minor decrease of missing teeth per person and the percentages edentulous

people in the age group 35 years and over. An additional effect of the scenario is a considerable saving in total expenses for dental health care.

LITERATUUR

¹TRUINGJ, BURGERSDIJK RCW, GROENEVELD A, et al. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel II: Resultaten klinisch onderzoek. Nijmegen/Leiden: Subfaculteit Tandheelkunde/Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, 1988.

²BRONKHORST EM, TRUINGJ. Toekomstverwachtingen en scenario-experimenten. Verslag van de najaarsvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap. Nijmegen: Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde, 1988. Intern Rapport CE 88-05.