

Collectieve preventie in de tandheelkunde

Enkele beleidsaspecten

Samenvatting. Vanuit de invalshoek van de collectieve preventie worden enige beleidsaspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg in ons land benaderd. Tandartsen blijken, in vergelijking met andere beroepsbeoefenaars, een goed figuur te slaan als het gaat om het leveren van een bijdrage aan het realiseren van preventiedoelstellingen. Gepleit wordt voor extra aandacht voor de behandeling van risicogroepen.

HASLINGHUIS EJD. Collectieve preventie in de tandheelkunde. Enkele beleidsaspecten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 321-3.

1 Collectieve en individuele preventie

Beleidsaspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg zullen hier vooral benaderd worden vanuit de invalshoek van de collectieve preventie. Dit begrip kan echter niet los gezien worden van de individuele preventie, zeker niet in het veld van de tandheelkundige zorg. Vandaar dat toch ook de individuele preventie in deze beschouwing zal worden betrokken. De bevolking krijgt immers met beide vormen van preventie te maken.

Alvorens in te gaan op tandheelkundige zorg in het kader van collectieve preventie zal eerst kort worden ingegaan op het beleid van de rijksoverheid ten aanzien van de collectieve preventie. In dit verband is de nota 'Werken aan Zorgvernieuwing' van belang. Samengevat komt het erop neer dat staatssecretaris Simons het wenselijk vindt dat er een herstel komt van het evenwicht tussen inhoudelijk beleid en financiering. Hij constateerde dat in de afgelopen jaren de discussies over het volksgezondheidsbeleid sterk onder druk van de kostenbeheersing hebben gestaan, of wel de structuur van de gezondheidszorg betroffen. Hij meent derhalve dat thans meer aandacht gegeven moet worden aan inhoudelijke vraagstukken en aan de samenhang tussen inhoud en geld. Dit heeft geresulteerd in een aantal hoofdlijnen van beleid die op dit moment het gezicht bepalen van het volksgezondheidsbeleid van de rijksoverheid. Het gaat hierbij om de hoofdlijnen:

1. Het preventie- en facetbeleid.
2. De zorg voor chronisch zieken.
3. De kwaliteit van de zorg.
4. Medisch-ethische kwesties en de grenzen van de zorg.
5. Structuur en financiering van de zorg.

Hieruit blijkt hoe belangrijk men preventie in de afgelopen tijd is gaan vinden. Preventie- en facetbeleid is één van de hoofdlijnen, en nog wel de eerstgenoemde.

2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Een belangrijke pijler van het preventiebeleid vormt de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Deze wet, die pas twee jaar geleden in werking is getreden, regelt de wettelijke verplichting voor lokale overheden om in preventieve zin aandacht te schenken aan de volksgezondheid met vrijheid van invulling naar lokale behoeften en een minder regelzuchtige financiering. Daarmee is vorm gegeven aan de bestuurlijke opvatting: het preventiebeleid bepalen daar waar het wordt uitgevoerd.

De GG en GD-en nemen uiteraard bij de uitvoering van de wettelijke taken voor de gemeenten op het terrein van collectieve preventie een sleutelpositie in. Tot de taken van de GG en GD worden gerekend:

1. Het verwerven van, op epidemiologisch onderzoek gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking.
2. Het bijdragen aan het opzetten, het uitvoeren en afstemmen van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding (GVO).
3. De uitvoering van de collectieve preventie terzake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen.

3 Tandheelkundige zorg voor jeugdigen

Binnen het wettelijke kader is het beleid van de overheid er ook op gericht dat aan alle jeugdigen in Nederland adequate tandheelkundige zorg wordt verleend. Wat de GG en GD-en betreft worden hiertoe de volgende taken aangegeven:

1. Groepsbepaalde tandheelkundige GVO, waaronder begrepen verrichtingen in het kader van de preventieve tandheelkundige zorg, zoals fluoride-spoeling.
2. De bevordering van een zo groot mogelijke deelname van de jeugd aan de

E.J.D. Haslinghuis, directeur Preventie, Epidemiologie en Patiëntenbeleid van het ministerie van WVC.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Preventieve tandheelkunde – Gezondheidszorg**

Datum van acceptatie: 10 mei 1991.

Adres: Mr. E.J.D. Haslinghuis, ministerie van WVC, postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

jeugd tandzorg.

3. De epidemiologie.

De gemeente heeft voorts de taak samenwerking tot stand te brengen tussen al diegenen die in de regio curatieve en/of preventieve functies ten behoeve van de jeugd tandzorg vervullen. Ter versterking van het preventieve tandheelkundige aspect werd tevens van rijkswege subsidie verstrekt voor de aanstelling van mondhygiënist bij de GG en GD, dan wel voor een nog bestaande instelling voor jeugd tandverzorging.

Het zal duidelijk zijn dat in Nederland de laatste jaren een ingrijpende wijziging heeft plaatsgevonden in structuur voor de jeugd tandzorg, vooral als gevolg van het wegvallen van een groot aantal jeugd tandverzorgingsdiensten. Deze diensten vervulden voor een deel van de schoolgaande jeugd in de leeftijd van 4-12 jaar, op basis van vrijwillige deelname, een curatieve en/of voorlichtende taak.

In het huidige beleid wordt in het kader van de jeugd tandzorg onderscheid gemaakt tussen de curatieve functie, inclusief de *individuele preventie* vanuit 'de stoel', uitgevoerd door de huistandartsen en/of instellingen voor jeugd tandzorg, en de *collectief preventieve* functies zoals tandheelkundige GVO, bevordering van de deelname van de jeugd aan de jeugd tandzorg, het identificeren van risicogroepen en de epidemiologie, uitgevoerd door de basisgezondheidszorg: het Kruiswerk voor kinderen van 0-4 jaar, en de GG en GD-en voor de groep van 4-19 jaar.

4 Mondgezondheid bij etnische minderheden

Uit een verkennend onderzoek van de Ziekenfondsraad naar de mondgezondheid bij risicogroepen, zoals onder andere etnische minderheden, is gebleken dat zowel deelname aan tandzorg als de mate van gebitsverzorging juist bij deze groepen achterblijft. Het is bekend dat binnen de uitga-

ven voor jeugd tandzorg in de ziekenfonds-verzekering doorgaans jaarlijks enige onderschrijding plaatsvindt. Er zou nagedacht kunnen worden in hoeverre de daarvoor vrijkomende middelen aangewend kunnen worden voor tandheelkundige zorg ten behoeve van eerder genoemde risicogroepen. Een goede afstemming van en samenwerking tussen individuele en collectieve preventie op dit terrein zouden de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de tandheelkundige zorg voor deze risicogroepen kunnen vergroten.

5 Het Nederlands beleid bezien in Europees perspectief

In Europees perspectief bezien, zo bleek tijdens een seminar in Köningswinter in 1988, steekt Nederland, overigens met Zweden, Finland en Zwitserland, qua gestructureerd overheidsbeleid en de resultaten van dit beleid, ver uit boven vele andere Europese landen. Het blijkt dat Nederland met de eerdergenoemde landen, in tegenstelling tot vele andere Europese landen, reeds jaren een beleid voert dat erop gericht is voorwaarden te scheppen zodat de gehele jeugd van 0-19 jaar in het kader van de jeugd tandzorg verzekerd is van adequate en systematische tandheelkundige begeleiding en voorlichting. Er is sprake van een duidelijke structuur waarbinnen personen, instellingen en organisaties in samenhang en onderlinge afstemming voor de verschillende doelgroepen werkzaam zijn; dit ondanks de kritische opmerkingen ten aanzien van tandheelkundige zorg bij risicogroepen.

6 Uitgaven

De vraag naar de uitgaven van de collectieve preventieve functies zoals uitgevoerd door instellingen voor basisgezondheidszorg en de uitgaven van de preventieve zorg in de tandartspraktijk, inclusief tandheelkundig onderzoek, lijkt mij niet alleen interessant maar ook relevant. In een nog niet gepubliceerd artikel van H. Kalsbeek en K. Schaapveld over uitgaven voor preventieve tandzorg zijn een paar interessante cijfers en conclusies te vinden. Met toestemming van de onderzoekers worden deze gegevens hier gebruikt.

Op basis van het bedrag dat ziekenfondsen in 1989 uitgaven voor preventieve verrichtingen van tandartsen, zo stellen de onderzoekers vast, wordt het totaal van de uitgaven voor preventieve zorg in de tandartspraktijk geschat op een bedrag tussen 500 en 600 miljoen gulden per jaar. Hierbij zijn inbegrepen de kosten van periodiek tandheelkundig onderzoek. Deze uitgaven zijn hoger dan de uitgaven voor preventie in

andere sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg.

Het feit dat ongeveer een derde van alle uitgaven voor tandzorg aan preventie wordt besteed is toe te juichen, daar 'curatie in de tandheelkunde meestal niet leidt tot genezing', aldus de onderzoekers Kalsbeek en Schaapveld van het NIPG/TNO.

Zoals wellicht bekend bedragen de totale uitgaven voor de gezondheidszorg een kleine 45 miljard gulden per jaar. Volgens redelijk betrouwbare schattingen en uiteraard afhankelijk van de gehanteerde definitie van preventie wordt jaarlijks ongeveer twee miljard gulden aan preventie besteed. Dat is nog geen 5% van de totale jaarlijkse uitgaven voor de gezondheidszorg. Van die twee miljard gulden voor preventie wordt jaarlijks tussen de 500 en 600 miljoen gulden aan preventie in de tandartspraktijk uitgegeven. Dat is ongeveer een kwart van de totale uitgaven voor preventie.

In het artikel van Kalsbeek en Schaapveld worden de totale uitgaven voor collectieve preventieve functies op het terrein van de tandheelkundige zorg, zoals uitgevoerd door GGen GD-en, het Ivoren Kruis, en het Kruiswerk op ongeveer vijf miljoen gulden per jaar geschat.

Een in het oog springende conclusie van het onderzoek lijkt daarom dat de uitgaven voor preventieve tandzorg relatief hoger zijn dan die voor preventie in andere sectoren van de gezondheidszorg. Daarbij zou evenwel kunnen worden opgemerkt dat tandheelkundige screening en preventie in beginsel op de gehele bevolking, levenslang, betrekking hebben, dit in tegenstelling tot andere sectoren van zorg. Niet onbelangrijk is bovendien dat in een van de andere conclusies wordt gesteld, dat over de doeltreffendheid van preventieve tandzorg weinig twijfel bestaat. De effectiviteit van de preventieve verrichtingen is hoog.

7 Realisatie van preventie-doelstellingen

In het voorafgaande is over preventie gesproken als een van de hoofdlijnen van het volksgezondheidsbeleid. Gesteld kan worden dat de tandartsen geen slecht figuur slaan als het gaat om het leveren van een bijdrage aan het realiseren van preventiedoelstellingen. Het opnemen van 'preventieve verrichtingen' in de tarieven van de tandarts speelt daarbij een belangrijke rol: preventie is verankerd in de financiering van tandheelkundige zorg.

Worden deze uitgaven voor preventieve tandzorg (500 à 600 miljoen) evenwel afgezet tegen het totale beschikbare bedrag voor preventie – dit bedrag wordt, zoals reeds vermeld, globaal geschat op twee miljard – dan valt niet te ontkennen dat de preventieve functie in de tandzorg zeer veel aandacht krijgt. In het kader van het Pre-

ventiebeleid kan men dit als een compliment aan de tandheelkunde in ons land beschouwen. De vraag dient zich echter meteen aan wat de actuele stand van zaken is met betrekking tot de gebitstoestand in Nederland.

Wie de gelegenheid heeft om de jaarverslagen van het Ivoren Kruis van de afgelopen 30 jaar nog eens door te bladeren kan over de gebitstoestand interessante ontdekkingen doen. Zo is in het jaarverslag van 1959/1960, het begin van de 'Kranenburg-periode', te lezen dat cariës de meest verbreide volksziekte is, en dat de noodzaak voor intensieve voorlichting aanwezig is. In datzelfde jaar, zo vermeldt het jaarverslag, werd tienmaal zoveel aan snoep uitgegeven als aan tandheelkunde. En: 90% van de bevolking had in 1960 geen gaaf gebit! Nu, 30 jaar later is de prevalentie van tandcariës bij de Nederlandse jeugd sterk verminderd, vooral door het intensiever gebruik van tandzorgvoorzieningen, het gebruik van gefluoreerde tandpasta en de intensieve voorlichting over goede poetsgewoonten.

De parlementaire debatten over de drinkwaterfluoridering in het begin van de jaren zeventig liggen ongetwijfeld nog vers in het geheugen. In deze parlementaire discussie heeft de heer Kranenburg een vitale rol gespeeld in de advisering aan minister en staatssecretaris. Desondanks werd de drinkwaterfluoridering afgewezen. Na deze afwijzing hebben preventie en voorlichting op het terrein van de tandzorg, mede als gevolg van de politieke discussies, evenwel een behoorlijke oppepper gekregen. In dit verband kan worden gewezen op de ontwikkeling van GVO en tandheelkundige GVO. De belangrijke rol die zowel het onderwijs als het Ivoren Kruis daarin hebben gespeeld, mag niet onopgemerkt blijven.

8 Risicogroepen

Mag in algemene zin het beeld inzake de gebits- en mondhygiëne positief zijn, toch komen er steeds meer signalen dat er bijvoorbeeld groepen minderheden in de samenleving ontstaan waarbij de gebitstoestand slechter wordt. Meer dan voorheen zal het van belang zijn om onder andere via de functie Epidemiologie van de GG en GD-en in het kader van de collectieve preventie-risicogroepen op te sporen en gegevens over gebits- en mondhygiëne te verzamelen.

Op basis van die gegevens kunnen meer specifieke benaderingen ontwikkeld worden voor de inhoud van tandheelkundige GVO en de bevordering van het deelnemen aan preventieve tandzorg. Indien 90% van de bevolking aan tandzorg deelneemt, betekent dat niet dat een optimale situatie is bereikt; 10% niet-deelname door de be-

volking kan betekenen dat 50% van de groep minderheden niet regelmatig de tandarts bezoekt. Allen die zich met preventieve tandheelkundige zorg bezighouden zouden hun aandacht de komende jaren vooral ook op de risicogroepen moeten richten om daarmee culturele, en sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Zou dat geen kroon op het preventieve werk van de tandarts in Nederland zijn?

Literatuur

- ¹WIJNBERG B. Dental health and health policy in the Netherlands. Voordracht 23-25 mei 1990, Madrid.
 - ²DE LEEUW CE. Aspecten rondom tandheelkundige GVO in het kader van de Nederlandse jeugd tandzorg. Voordracht 24-28 mei 1988, Koningswinter.
 - ³HAGE MD. Op zoek naar effecten van tandheelkundige GVO, verleden en toekomst. Voordracht 24-28 mei 1988, Koningswinter.
 - ⁴HAGE MD. Congresverslag van de International Union for Health Education, 24-28 mei 1988, GHI.
 - ⁵HAGE MD. Congresverslag 7e Internationale Conferentie van Chief Dental Officers (C.D.O.), Singapore 9-12 september 1990, GHI.
 - ⁶Jaarverslagen van het Ivoren Kruis, Rotterdam.
 - ⁷Notitie Collectieve Preventie Jeugd tandzorg; Commissie Jeugd tandzorg, van de Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten, september 1989.
 - ⁸KALSBEK H, SCHAAPVELD K. Uitgaven voor preventieve tandzorg. NIPG/TNO Leiden, december 1990 (nog niet gepubliceerd).
-