

epidemiologisch bulletin

*tijdschrift voor volksgezondheid en
onderzoek in Den Haag*

inhoud

volksgezondheid

Zorgvernieuwing in de Haagse geestelijke gezondheidszorg

1995, een nieuwe waarheid in de tandheelkunde

Dansen op de vulkaan?

epidemiologie

Gebitsgezondheid van de jeugd

korte berichten

jaargang 30, 1995

nummer 1

epidemiologisch bulletin

i n h o u d

Volksgezondheid

Zorgvernieuwing in de Haagse geestelijke gezondheidszorg

Rehabilitatie voor langdurig zorgafhankelijke patiënten. 3

- Mw. H. Omloo-Visser, I. Vluggen, M. van der Gaag,
mw. M.J.M. de Rooy-van Dijk en W.J. Schudel

Traploze zorgschakering met een klinisch-mobiel behandelteam 9

- Mw. H. Omloo-Visser, M. van der Gaag, mw. L. Zaat

1995, een nieuwe waarheid in de tandheelkunde 12

- W.Ph.L. van Ouwkerk

Dansen op de vulkaan? 16

Hoe het overbeidsbeleid gaten laat vallen.

- H. Westerhof

Epidemiologie

Gebitsgezondheid van de jeugd. 20

*Een onderzoek bij 5-, 12- en 18-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg in
Den Haag.*

- H. Westerhof en mw. M.J.M.L. Baan-van der Zijden

Korte berichten

26

Maart 1995
30ste jaargang nr. 1

Epidemiologisch Bulletin
Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Als publicatiemedium wil het de communicatie aanmoedigen tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers en degenen die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de zorg voor gezondheid in de nulde en de eerste lijn.
Het bulletin verschijnt vier maal per jaar en richt zich primair tot deze hulpverleners en bestuurders in de gezondheidsregio Den Haag.

Redactie

Dr. H.G.J. Nijhuis (hoofdredacteur); R.B.M.R. Bakker; Mw. I. Burger; Dr. M.F. Cox;
H.R. Lingen; Prof.dr. W.J. Schudel; Mw. J.M. Vroom-Jongerden (korte berichten).
m.m.v. A. Pols en H. Burger

Correspondenten

Dienst Welzijn; Sector GGD en Maatschappelijke Zorg
W.J.O. Beaumont, hoofdafdeling Infectieziektenbestrijding en Hygiëne
J.W.C. Rouw, hoofdafdeling Ouderen
H.W.A. Struben, afdeling Epidemiologie
B.A. Teng, afdeling Jeugdgezondheidszorg
W.J. Vroege, hoofdafdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
H. Westerhof, hoofdafdeling Jeugd tandzorg
W.A. Zwart Voorspuij, afdeling (milieu)hygiëne

M.M. Malschaert, bestuursadviseur, Den Haag
D.C. Kaasjager, ministerie van WVC
Mw. M.J.Th. Lutjenhuis, huisarts te Den Haag
C.T. Benningshof, DHV Den Haag e.o.
Dr. H.B. van Wijk, Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag
G.M. de Jong, kinderarts te Den Haag
Prof. dr. J.P. Vandenbroucke, Rijksuniversiteit Leiden
S.J.H. Belleman, GGD Amsterdam
Dr. L.J.G. van der Maesen, SISWO Amsterdam
J. van der Kamp, BaGD Zuidwest Friesland
Dr. T. de Vries, Prov. Raad voor de Volksgezondheid Zuid-Holland
Mw. F.L. van Leeuwen, Stichting Thuiszorg Den Haag

ISSN 0921-6219

Dienst Welzijn
Sector GGD en Maatschappelijke Zorg
Thorbeckelaan 360
2564 BZ Den Haag
Postbus 65 783
2506 EB Den Haag
Mw. I. Burger
Tel.: 070 - 361 94 47
Fax: 070 - 361 93 39

Vormgeving en opmaak
T&IC, Delft

Illustraties
Mw. T. Boonstra, Amsterdam

Druk
Koninklijke drukkerij
de Swart BV, Den Haag

Uitgave
Dienst Welzijn
Sector GGD en Maatschappelijke Zorg
Den Haag

Oplage
1.500 ex.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en de samenstelling van het bulletin.
Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie.
De richtlijnen voor auteurs kunnen bij het redactiesecretariaat worden opgevraagd.
Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen.
Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier.

Redactieadres

Zorgvernieuwing in de Haagse geestelijke gezondheidszorg

Rehabilitatie voor langdurig zorgafhankelijke patiënten.

*Mw. H. Omlou-Visser, Mw. I. Vluggen, M. van der Gaag,
Mw. M.J.M. de Rooy-van Dijk en W.J. Schudel*

Veel sectoren binnen de gezondheidszorg kennen inmiddels het begrip 'zorgvernieuwing'*. Zo ook de psychiatrie. Psychiatrisch centrum Rosenberg is in samenwerking met een aantal instanties bezig een viertal projecten op te zetten die de traditioneel moeilijk te rehabiliteren, langdurig zorgafhankelijke patiënten zorg op maat willen bieden. Eén project is al van start gegaan, de overige drie zijn daar bijna aan toe.

Langdurig zorgafhankelijke patiënten zijn niet nieuw in de psychiatrie. Diagnostisch gaat het vooral om patiënten met schizofrenie en (schizo-)affectieve psychosen. Dit zijn ernstige ziekten. De lijdens eraan werden door de eeuwen heen uit de maatschappij verwijderd en verpleegd of gewoonweg gevangen gehouden. Zo is psychiatrisch centrum Rosenberg voortgekomen uit het Pest- en Dolhuis, dat vanaf 1607 aan het Slijkende was gevestigd.

Eenmaal opgenomen was de weg terug, de maatschappij in, ongebruikelijk. Behandel mogelijkheden in de kliniek waren er tot ver na 1850 dan ook nauwelijks.

** Het begrip zorgvernieuwing wordt gebanteerd door de financiers van de gezondheidszorg om initiatieven en projecten aan te duiden die effectiever en/of efficiënter zouden kunnen zijn dan reguliere methoden van hulpverlening. Het moet daarbij gaan om zorg ten behoeve van doelgroepen die nu al recht hebben op hulp krachtens de AWBZ (dus geen 'nieuwe' patiëntengroepen). Bovendien is er een zekere voorkeur voor samenwerkingsprojecten van intra- en extramurale instellingen, althans initiatieven die grensverleggend c.q. grensoverschrijdend kunnen worden genoemd.*

Over de auteurs:

Mw. H. Omlou-Visser, psychiater, eerste geneeskundige, mw. M.H.M.J. Vluggen, psycholoog, afdelingshoofd behandeling resocialisatie, dr. M. van der Gaag, psycholoog, afdelingshoofd behandeling langdurige zorg, mw. mr. M.J.M. de Rooy-van Dijk, stafmedewerker patiëntenzorg, allen werkzaam in psychiatrisch centrum Rosenberg en prof.dr. W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam

Omstreeks die tijd bekommerden in Nederland enkele vooruitstrevende zenuwartsen zich om de reïntegratie in de maatschappij van die patiënten die de kliniek konden verlaten. Aan twee invloedrijke inspecteurs van het in 1841 ingestelde Staatstoezicht op Krankzinnigen, te weten Schroeder van der Kolk en Ramaer, wordt tot op de dag van vandaag in de naamgeving van de Haagse instanties van geestelijke gezondheidszorg (GGz) herinnerd (1).

Echte vooruitgang bracht pas de ontdekking van de neuroleptica in de jaren na 1950. In Nederland gaven in die periode onder andere Querido en Speyer belangrijke impulsen aan de sociale psychiatrie, vooral door hun initiatieven om via de uitbreiding van de sociaal-psychiatrische diensten (SPD'en) intensief vóór- en nazorg te bieden, een vorm van casemanagement 'avant la lettre'. Van Andel gebruikte in 1960 voor het eerst het begrip revalidatie in de psychiatrie (2). In 1961 verscheen het baanbrekende werk van E. Gofmann, Asylums (3). Hierin schetste hij de schade die een langdurig verblijf in een gesloten inrichting kan toevoegen aan de al bestaande ziekte.

In veel landen leidde dit gedachtengoed tot het op grote schaal sluiten van psychiatrische ziekenhuizen, vaak zonder een behoorlijk opgezette alternatieve hulpverlening. Nederland was daarin terughoudender, en terecht: niet de hospitalisatie op zichzelf is schadelijk, maar vooral het gevoerde regime kan dat zijn.

Voor een minderheid van patiënten is langdurige asilering de minst slechte oplossing, de meerderheid is slechts in perioden afhankelijk van klinische zorg. Het begrip rehabilitatie wordt in de psychiatrie gebruikt vanaf de jaren zeventig. In de Verenigde Staten was Lamb één van de eersten die pleitten voor 'social rehabilitation' van chronische patiënten (4). In Engeland waren Wing en Shepherd actief, in Nederland onder andere Bambang Oetomo en Schudel (5)(6)(7)(8)(9). In een voordracht voor het Voorjaarscongres 1977 van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie introduceerde Schudel in ons land het begrip rehabilitatie als een morele verplichting die rust op de psychiatrie, gezien de langdurige therapeutische verwaarlozing van chronische patiënten in de oude inrichtingen (10).

Volgens Van Dale betekent rehabilitatie: herstel in de vorige staat, in het bijzonder herstel in goede naam alsmede herstel in rechtsbevoegdheid en herstel van gezondheid.

De Boston rehabilitatiemethode

In de jaren tachtig ontwikkelde een groep psychiaters in Boston een specifiek rehabilitatiemodel (11)(12). Wat omvat dit model en wat voegt het toe aan theorie en praktijk van de zorg voor chronische patiënten?

Als doel wordt omschreven: het verbeteren van het functioneren van mensen met psychiatrische handicaps, zodat ze succesvol en tevreden kunnen zijn in de omgeving die zij zelf hebben gekozen, met zo min mogelijk bemoeienis van hulpverleners. Tevreden slaat daarbij op wat de patiënt zelf ervan vindt, succesvol op de mening van de betrokkenen (familie, burens, de maatschappij als geheel). Met omgeving van eigen keuze wordt bedoeld wonen, maar ook tijdsbesteding en sociale contacten. Tot zover niets nieuws. Weinig hulpverleners in de psychiatrie zullen zich hier niet in kunnen vinden. Twee aspecten maken de methode bijzonder; ten eerste: de mate waarin de patiënt zelf centraal staat en wat dit vergt van de attitude en bejegening door hulpverleners en ten tweede: de concrete en gedetailleerde uitwerking. Op beide aspecten wordt hierna ingegaan.

De patiënt centraal

De patiënt centraal vergt 'onderhandelen'. Wat wil iemand zelf. Wat zal hij of zij daarvoor nog moeten leren en welke steun of structuur zal moeten worden aangereikt. Als een cliënt zegt: 'ik wil piloot worden', is de eerste reactie dus niet: 'dat lukt je nooit', maar: 'ga maar eens uitzoeken wat je daarvoor moet kunnen'. Het is verhelderend hierbij twee soorten benaderingen te onderscheiden (zie schema 1). De probleemgerichte benadering is, wat artsen in hun studie leren. De patiënt komt met een klacht, de arts neemt de anamnese op, stelt een behandeling in, de klacht verdwijnt en het contact is voorbij.

De ontwikkelingsgerichte werkwijze is de benadering, die bij het rehabilitatiemodel past. De cliënt - nu in de rol van leerling - heeft een wens of behoefte voor de toekomst. De persoonlijke begeleider verricht de functionele diagnostiek - wat kan de cliënt nu al en wat moet of kan de cliënt bijleren - en de hulpbronnendiagnostiek - op wie of wat kan worden gerekend als hulpbron. De cliënt participeert en de hulpbronnen worden, zo nodig, aangeboord of uitgebreid. Binnen de psychiatrie hebben beide benaderingen hun plaats. Aan iemand die floride psychotisch is, vraag je

Twee soorten benadering in de zorg

	Probleemgericht	Ontwikkelingsgericht
Gericht op:	probleem, klacht	wens/behoefte
Gegevens uit:	verleden (anamnese)	toekomst (doel)
Diagnostiek:	probleemdiagnose	functionele diagnostiek hulpbronnen diagnostiek
Interventies:	behandeling	leren
Resultaat:	probleem opgelost/ verminderd	iets erbij geleerd
Relatie:	stopt als probleem is opgelost	verandert door leren
Rol cliënt:	patiënt	leerling
Disciplines:	arts, verpleegkundige	leraar, werkbegeleider

niet wat hij nu zelf zou willen. Als de psychose echter onder controle is, wordt dit wél relevant. Deze benadering vergt een wezenlijk andere attitude van de hulpverleners. De Nederlandse psychiatrie is van oudsher doortrokken van paternalisme. Vóór de patiënt wordt bepaald welke medicatie hij krijgt en op welke tijden, maar ook bijvoorbeeld met wie hij een kamer deelt en wat hij eet. Op de vleugels van het rehabilitatiedenken is dit aan het veranderen.

De concrete en gedetailleerde uitwerking

De rehabilitatiemethode biedt stapsgewijze en gedetailleerde en gedegen aanpak in de drie onderscheiden fasen: diagnostiek, planning en interventie (zie schema 2 op bladzijde 6).

De diagnostische fase is het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Vervolgens wordt een doel gesteld, bijvoorbeeld op het gebied van wonen. Daarna wordt uitvoerig in kaart gebracht wat de wensen van de cliënt zijn ten aanzien van wonen (wil iemand een kamer alleen of juist niet, moet het huis in de buurt van winkels en openbaar vervoer zijn gelegen, wat kan dit kosten, enzovoorts). Hierna worden de mogelijkheden beoordeeld, met

inachtneming van de persoonlijke wensen van de cliënt. Vervolgens wordt besproken wat de cliënt in deze situatie aan moet kunnen en welke ondersteuning daarbij nodig is. In de planningsfase, tot slot, gaat het om het plannen van wat de cliënt moet leren, in welke volgorde en wat de prioriteiten zijn. Bijvoorbeeld: eerst leren budgetteren en dan leren koken. Ook wordt nagegaan, wat er nog nodig is aan ondersteuning. In de interventiefase worden de plannen hierna stapsgewijze uitgevoerd.

Voor veel patiënten is het door de aard, de ernst of de fase van de ziekte, - nog - niet mogelijk op de geschetste wijze over hun toekomst te onderhandelen. Per patiënt wordt daarom een 'readiness-assessment' gedaan. Dit wil zeggen, dat wordt beoordeeld in hoeverre hij of zij 'gereed' is deze rol te vervullen. Zo niet, dan staan 'pre-readiness-trainingen' ter beschikking. Daarbij gaat het om gestructureerde training, met oriëntatie en identiteit als thema's. In kortdurende groepsbijeenkomsten wordt gewerkt aan bewustwording bij een patiënt (wie ben ik, wat wil ik en hoe ziet de omgeving eruit).

Activiteiten van de hulpverlener in de drie fasen van het revalidatieproces

Fasen		
<i>Diagnostiek</i>	<i>Planning</i>	<i>Interventies</i>
<p>Het stellen van een revalidatiedoel</p> <ul style="list-style-type: none"> - doelvaardigheid beoordelen - een band met de cliënt scheppen - persoonlijke criteria opsporen - alternatieve omgevingen beschrijven - een doel formuleren 	<p>Vaardigheidsontwikkeling</p> <ul style="list-style-type: none"> - prioriteiten stellen - doelen formuleren - interventies plannen: <ul style="list-style-type: none"> - vaardigheidsles geven - stappenplan vaardigheids-toepassing maken - tijdpad voor elke interventie maken - verantwoordelijkheden benoemen 	<p>Vaardigheidsles</p> <ul style="list-style-type: none"> - inhoud schetsen - les voorbereiden - stappenplan vaardigheids-toepassing maken - cliënt coachen <p>Stappenplan vaardigheids-toepassing maken</p> <ul style="list-style-type: none"> - hindernissen opsporen - stappenplan ontwikkelen - uitvoering ondersteunen
<p>Functionele diagnostiek</p> <ul style="list-style-type: none"> - onmisbare praktische vaardigheden inventariseren - het gebruik van praktische vaardigheden beschrijven - het vaardigheidsfunctioneren beoordelen - de cliënt coachen 	<p>Hulpbronontwikkeling</p> <ul style="list-style-type: none"> - prioriteiten stellen - doelen formuleren - interventies plannen: <ul style="list-style-type: none"> - hulpbronnen coördineren - hulpbronnen ontwikkelen - tijdpad voor elke interventie maken - verantwoordelijkheden benoemen 	<p>Hulpbronnen coördineren</p> <ul style="list-style-type: none"> - cliënten verwijzen - problemen oplossen - gebruiksplan maken
<p>Hulpbronnendiagnostiek</p> <ul style="list-style-type: none"> - onmisbare hulpbronnen definiëren - het gebruik van hulpbronnen beschrijven - aanwezige hulpbronnen beoordelen - de cliënt coachen 		<p>Hulpbronnen aanpassen</p> <ul style="list-style-type: none"> - bereidheid tot verandering beoordelen - functioneren evalueren - verandering voorstellen - advies geven - training geven

De vier Haagse revalidatieprojecten

Het beschreven model maakt dus een onderscheid tussen enerzijds de stoornis en anderzijds de handicaps en beperkingen. De handicaps staan de vervulling van de rol als partner, werknemer, ouder en dergelijke in de weg. Sociale actie, emancipatie en maatschappelijke aanpassingen zijn dan noodzakelijk. De geboden zorg is dus niet op genezing gericht, maar op herstel, revalidatie.

Er is sprake van een uniek proces van verandering van attitudes, waarden, gevoelens, doelstellingen, vaardigheden en rollen. Het is een toegroeien naar

een evenwicht in het leven en een verstandhouding met de aandoening. Hier kunnen bevredigende, hoopgevende en betekenisvolle activiteiten worden ontplooid, met inachtneming van de beperkingen als gevolg van de ziekte.

De patiënt/cliënt wordt ondersteund bij het optimaliseren van het functioneren. De zorgbehoefte strekt zich veelal uit tot vermindering van symptomen en verbetering van de kwaliteit van leven, persoonlijk functioneren alsmede tot reïntegratie in de samenleving.

Allereerst omvat het zorgaanbod onder andere far-

macotherapie en trainingen, gericht op zelfcontrole, medicatiemanagement, symptoommanagement en crisisinterventie. Dit is de stabilisatiefase. Bij het persoonlijke functioneren worden de gevolgen van de ziekte, de handicaps en de beperkingen nader onderzocht. Dit houdt ook het motiveren tot het herstelproces in. Het zorgaanbod wordt dan gekenmerkt door steunen, hoop geven, rouwverwerking, trainingen in zelfverzorging, praktische en huishoudelijke trainingen en sociale vaardigheidstraining. Dit is de verwerkings- en herwaarderingsfase.

Bij de reïntegratie in de samenleving staat het - weer - kunnen aangaan van betekenisvolle relaties en maatschappelijke rollen centraal.

De in dit kader aangeboden zorg bevat onder andere rehabilitatie in engere zin, emancipatie, het loslaten van typisch patiëntengedrag en zelfhulpgroepen. Dit is de fase van reïntegratie. Het vergroten van de individuele mogelijkheden is dus het voornaamste doel. Dit wordt bevorderd door uitbreiding van het gedragsrepertoire en aanwending van steun uit de omgeving, bijvoorbeeld door het inschakelen van Tafeltje Dekje als koken niet tot de mogelijkheden behoort of door een vrijwilliger te vragen, zomaar voor de gezelligheid met enige regelmaat op bezoek te gaan.

Het moge duidelijk zijn, dat zorg als hier omschreven niet uitsluitend binnen en door het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) kan plaatsvinden. Samenwerking met RIAGG'en, beschermende woonvormen, sociale werkplaatsen en andere organisaties in de regio is van vitaal belang. Alleen op deze manier kunnen continuïteit en flexibiliteit van zorg worden geboden. Vanuit psychiatrisch centrum Rosenburg is op basis van de hierboven beschreven benaderingswijze een viertal (plannen voor) zorgvernieuwingsprojecten opgesteld. We geven van elk project een korte schets. Met het eerste is reeds een aanvang genomen, de overige bevinden zich in de opstartfase.

Traploze zorgschakeling met een klinisch-mobiel behandelteam

Doel van dit project is optimalisering van de behandeling en de begeleiding van langdurig zorgafhankelijke patiënten. De aangeboden zorg en de locatie worden ontkoppeld. Eén behandelteam, bestaande uit diverse hulpverleners, biedt

alle gradaties van zorg, waar de desbetreffende patiënt ook verblijft. Hetzelfde behandelteam biedt dus zowel binnen het APZ, binnen de beschermende woonvormen als binnen de thuissituatie de door de patiënt benodigde zorg. De geboden zorg sluit aan op de actuele behoefte.

Iedereen heeft een vaste begeleider (case-manager) die tijdens alle fasen van de ziekte de individuele zorg coördineert. Dit kan variëren van laagdrempelige crisisinterventie tot intensieve thuiszorg. Voor het geval dat extramuraal hulp tekortschiet, houdt psychiatrisch centrum Rosenburg vier stoelen en drie bedden gereserveerd.

In dit project kan de patiënt, in overleg met de vaste begeleider, zelf een indicatie tot opname stellen. Dit zal zich voornamelijk voordoen als de patiënt opnieuw psychotisch dreigt te worden. We spreken in zo'n geval van 'bed op recept'. Dit project wordt elders in dit tijdschrift uitvoeriger besproken.

Aan dit project nemen naast psychiatrisch centrum Rosenburg, RIAGG Zuidhage en de RIBW (regionale instellingen beschermd wonen) in Den Haag deel. Besprekingen met RIAGG Westhage en Noordhage vinden momenteel plaats. Daarnaast is het project afgestemd op het case-managementproject van psychiatrisch centrum Bloemendaal.

Recidief preventieproject

Dit project betreft een Nederlandse aanpassing van de Amerikaanse symptom management module van Liberman (13).

Kern van het project is een op video vastgelegde 'ondersteunende' cursus, die chronisch schizofrene patiënten leert om:

- symptomen, die wijzen op een decompensatie, te herkennen;
- adequaat actie te ondernemen teneinde een recidief van de psychose te voorkomen.

Hierdoor kan de patiënt een grotere zelfcontrole ten aanzien van zijn symptomen ontwikkelen en leert hij een uitgebreider repertoire aan copingmechanismen. Dit kan leiden tot een gunstiger ziektebeloop.

Voor deelname aan dit project komen alle chronische patiënten met schizofrenie in aanmerking.

De deelnemende instanties zijn de psychiatrische ziekenhuizen Rosenburg, Bloemendaal, Amsterdam en De Grote Beek te Eindhoven, alsmede de stichting Innovatieprojecten GGz te Haarlem.

Zorgafstemming en indicatiestelling

In dit project gaat het er om met behulp van een specifiek meetinstrument te komen tot:

- een goede indicatiestelling voor reeds aanwezige woonvoorzieningen;
- een betere afstemming tussen zorgbehoefte en zorgaanbod binnen deze woonvoorzieningen.

Het meetinstrument (14), de 'Zorg Aanbod Schaal' en de parallelversie, de 'Zorg Vraag Schaal', brengt het zorgaanbod en de zorgvraag in kaart. Door afstemming tussen vraag en aanbod kan een betere indicatiestelling voor de woonvoorzieningen worden verricht. Daarnaast biedt het instrument de mogelijkheid na te gaan, welke vaardigheden iemand nog moet ontwikkelen om naar een woonvoorziening van eigen keuze te kunnen gaan. De 'Zorg Aanbod Schaal' kan worden gebruikt voor patiënten binnen de RIBW-voorzieningen en binnen het APZ. Het scoren vindt plaats in overleg met de patiënt.

Aan het project nemen psychiatrisch centrum Rosenberg, RIAGG Zuidhage en de RIBW Den Haag deel; psychiatrisch centrum Bloemendaal heeft reeds belangstelling getoond en deelname van RIAGG Noordhage en RIAGG Westhage ligt in het verschiet.

Project 'Langverblijvers'

Dit project betreft plaatsing van een groep van negen chronisch psychiatrische patiënten in een beschermde woonvorm in de stad.

Het gaat om een groep van negen patiënten die momenteel langdurig opgenomen zijn in het APZ en die als individu niet gemotiveerd zijn het ziekenhuis te verlaten, maar die wel als groep buiten het ziekenhuis zouden willen wonen.

Hiervoor komen in aanmerking patiënten met een gemiddelde tot ernstige psychiatrische handicap met beperkingen in het alledaagse, huishoudelijke en sociale functioneren, met aanhoudende psychopathologie en met een woonbegeleidingsbehoefte van maximaal acht uur per dag.

De toekomstige bewoners zullen maximaal worden betrokken bij de voorbereiding, inrichting en samenstelling van de zorgactiviteiten die ze in de nieuwe woonsituatie denken nodig te hebben. Van de huidige woonbegeleiders zullen er twee met de bewoners mee verhuizen.

Via dit project krijgen negen chronisch psychiatrische patiënten de mogelijkheid geboden in een genormaliseerde maatschappelijke omgeving te wonen. De verwachting is dat in deze woonsitu-

atie, waarin alledaagse keuzen en verantwoordelijkheden worden teruggelegd bij de bewoners, zowel het vaardigheidsrepertoire als de kwaliteit van leven toenemen en het recidive-risico vermindert.

Aan dit project nemen psychiatrisch centrum Rosenberg, de RIBW Den Haag en RIAGG Zuidhage deel.

Psychiatrisch centrum Rosenberg draagt zorg voor de samenstelling van de groep van negen chronisch psychiatrische patiënten en voor acute dagopvang in geval van crisis. De RIBW Den Haag verwerft de huisvesting en RIAGG Zuidhage zorgt voor de ambulante psychiatrische begeleiding.

Literatuur:

1. Esch P van der. Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen - deel I. Staatsuitgeverij: Den Haag (zonder jaargang).
2. Andel H van. Wijzigingen en verschuivingen in structuur en werkmethode in de psychiatrische inrichting. M Geest Volksgezondh 1960: 5-14.
3. Goffman E. Asylums. Doubleday, New York, 1961.
4. Lamb HR (and associates). Community Survival for Long-term Patients. Jossey Bass, San Francisco, 1976.
5. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press, 1970.
6. Sheperd G. Social Skills Training: The Generalisation Problem. Behaviour Therapy 1977; 8: 1009.
7. Sheperd G. Institutional Care and Rehabilitation. Longman. London, 1984.
8. Bambang Oetomo. Van asyl tot revalidatiecentrum. Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden. Wolters-Noordhoff: Groningen, 1970.
9. Schudel WJ. Opgenomen... opgegeven? Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen. Van Loghum Slaterus: Deventer, 1976.
10. Schudel WJ. De rehabilitatie van de chronische patiënt: beleid en strategie. Voordracht Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1977 (niet gepubliceerd).
11. Rehabilitation Training Manuals. Center of Psychiatric Rehabilitation. Boston University, 1986.
12. Antony W, Cohen M, Farkes M. Psychiatric Rehabilitation. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston 1992.
13. Liberman RP. Social and Independent Living Skills. Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness. Los Angeles, 1986.
14. Werf W van der. Zorg op schaal. Dissertatie 1994. Vrije Universiteit Amsterdam.

Traploze zorgschakering met een klinisch-mobiel behandelteam

Mw. H. Omloo-Visser, M. van der Gaag, Mw. L. Zaat en G. de Booy

Dikwijls kenmerkt psychiatrische zorg zich door een te veel. Het is door de vele wisselingen van behandelaars vaak moeilijk continuïteit in therapie te handhaven en patiënten worden bovendien in veel gevallen afhankelijker geacht dan ze zijn. Eenmaal thuis, soms ontregeld, verdwalen ze tussen de hulpverleners en kunnen ze moeilijk weer - voor korte tijd - worden opgenomen. Zo kan het tot grote schade in de sociale context komen. Bij wijze van experiment probeert een klinisch mobiel team die wetmatigheden te slechten met een 'traploze zorgschakering'.

Patiënten met een langdurige aandoening zoals bijvoorbeeld schizofrenie zien in de loop der jaren vele tientallen artsen en enige honderden verpleegkundigen. De aard van de aandoening vergt een eenduidig en continu behandelbeleid en dit wordt door de vele wisselingen van artsen en begeleiders niet gediend en heel vaak ook niet gehaald. Een aantal van deze patiënten verdwaalt op de weg van een klinisch behandelaar naar een ambulante behandelaar, waardoor de behandeling wordt onderbroken en een onnodig snelle heropname volgt. Patiënten en familieleden worden het ook moe om steeds weer hun verhaal te vertellen aan wéér een nieuwe dokter. Andere patiënten maken gebruik van verschillende voorzieningen tegelijk of kort na elkaar. De wisselende behandelaren hebben vaak weinig mogelijkheden om de zorg te coördineren en de verschillende instituten beconcurreren elkaar door patiënten niet meer terug te verwijzen.

Opnamepreventie vanuit de ambulante instellingen was en is voor vele patiënten en hun familieleden een regelrechte ramp. Het ten koste van het 'afbranden' van het hele netwerk van de patiënt zo lang mogelijk ambulante behandelen van psychoses heeft geleid tot huisuitzettingen, verstoorde burenerelaties en familieleden die geen vertrouwen meer hebben in de hulpverlening. Recidive pre-

Over de auteurs:

Mw. H. Omloo-Visser, psychiater, eerste geneeskundige, dr. M. van der Gaag, psycholoog, afdelingshoofd behandeling langdurige zorg beiden werkzaam in psychiatrisch centrum Rosenburg en mw. L. Zaat, directeur RIBW Den Haag en G. de Booy, afdelingshoofd sociale psychiatrie RIAGG Zuidhage

ventie is wel een zinvol doel en daarvoor is vaak juist een opname nodig om verdere nodeloze schade aan het sociale netwerk te voorkomen. Familie, RIAGG en RIBW Den Haag klagen nogal eens over de ontoegankelijkheid van het psychiatrische ziekenhuis, waardoor een snelle opname bij patiënten die nog niet helemaal ontregeld zijn wordt bemoeilijkt. Tot slot is er in de kliniek veelal een overmaat aan zorg en worden alledaagse keuzen en verantwoordelijkheden de patiënt ongevraagd uit handen genomen en is er na ontslag vaak te weinig zorg, vooral van praktische huishoudelijke, hygiënische of financiële aard. Een recent gepubliceerde studie van Shepherd e.a. laat zien dat dergelijke chronisch schizofrene patiënten (1):

- praktische hulp in het bijzonder waarderen;
- de waarde van professionele ondersteuning betwijfelen;
- een beter partnership met zorgverleners vragen in het bijzonder met psychiaters;
- meer mogelijkheden en keuzen bij acute terugval vragen;
- een makkelijker toegang tot 24-uurszorg vragen;
- meer informatie vragen over schizofrenie en andere zaken.

Het klinisch-mobiel behandelteam, dat werd geïntroduceerd in het voorgaande artikel, probeert aan gefragmenteerde en inefficiënte hulpverlening een einde te maken. De drie belangrijkste doelstellingen komen overeen met de door Shepherd e.a. gevonden aandachtspunten en zijn: continuïteit van zorg, flexibiliteit in de hoeveelheid zorg en als derde servicegerichtheid.

Financiering van het project is er voor een periode van drie jaar waarna het zal worden geëvalueerd op kwalitatieve maten, zoals bijvoorbeeld satisfactie van patiënt, familie, medewerker en kwaliteit van leven, en op kwantitatieve maten, zoals onder andere verschuivingen in opnameduur en kosten voor de gezondheidszorg.

Continuïteit van zorg

De continuïteit van zorg krijgt vorm door het samenstellen van één behandelteam voor een patiënt. De psychiater werkt zowel bij de RIAGG als in de kliniek. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv-er) treedt, waar de patiënt ook verblijft, op als case-manager en als persoonlijk begeleider bij klinische opname, maar kan desge-

wenst ook thuiszorg leveren. Gespecialiseerde behandeling en het toepassen van rehabilitatietechnieken geeft een psycholoog, eveneens los van de verblijfplaats van de patiënt. Case-management dat gepaard gaat met thuiszorg heet in het project mobiel rehabilitatiewerk. Rehabilitatiewerk omdat het is gericht op het bevorderen van het functioneren van de patiënt, in rollen zoals huurder, burger, werknemer, buurman, ouder, clublid, enzovoorts. De aanpak is praktisch van aard, rekening houdend met de wensen en behoeften van de patiënt. De case-manager bewaakt ook de farmacologische behandeling en wordt ingeschakeld als andere zorg nodig is.

Mevrouw X, is vaak angstig. Op sommige momenten is dit voor haar niet meer om uit te houden. Vroeger betekende dit dat ze nooit meer met ontslag wilde, omdat ze zich thuis alleen en onveilig voelde. Sinds een bed-op-recept voor haar beschikbaar is en ze zichzelf te allen tijde kan opnemen zonder tussenkomst van huisarts, 24-uurs dienst of opnamefunctionaris en ze zichzelf ook weer kan ontslaan, komt ze af en toe voor een korte opname terug. Zo liet ze zich een keer angstig om tien uur opnemen, maar stapte om twee uur 's nachts weer op, omdat 'het in haar eigen bed toch lekkerder slaapt'. Veiligheid en bescherming zijn psychologische en relationele begrippen. Het gaat erom dat je weet dat er iemand voor je klaar staat.

Flexibiliteit van de hoeveelheid zorg

De flexibiliteit van de hoeveelheid aangeboden zorg moet worden verwezenlijkt doordat het klinisch-mobiele behandelteam zorg en begeleiding kan bieden van enkele minuten per veertien dagen op de depot-poli tot 24-uurszorg op een gesloten afdeling. Tussen deze uitersten liggen contacten met de case-manager, psychiatrische thuiszorg, depot-aan-huis, opnamevervangende dagbehandeling, opnamevoorkomende dagbehandeling, bed-op-recept, opname op een open en een gesloten afdeling van samen dertig bedden en vier stoelen. De doelgroep bestaat uit patiënten die langdurige zorg behoeven en die zijn opgenomen in de Ramaerkliniek of die daar in dagbehandeling zijn dan wel in behandeling zijn bij RIAGG Zuidhage bij de psychiater en spv-er van het mobiel team alsmede uit bewoners van de RIBW Den Haag die zich aan dit team willen verbinden. Het streven is nu om 150 patiënten die langdurige zorg behoeven door dit team te laten behande-

len en begeleiden (de regio Den Haag kent circa 500 chronisch psychiatrische patiënten). In de toekomst kan dit mogelijkser worden uitgebreid met meer mobiel rehabilitatiewerk en met andere RIAGG'en. Naar verwachting zal 80% van de patiënten zo'n 20% van de zorg consumeren en zal 20% van de patiënten ongeveer 80% van de zorg consumeren. Van de 150 patiënten zullen dan steeds een dertigtal ontregeling kennen en om hoogintensieve zorg vragen en 120 patiënten in remissie zijn en laagintensieve routinematige zorg vragen.

De heer Y, heeft een geschiedenis van jarenlange paranoia, buurtconflicten, overspannen wijkagenten, verstoring door kinderen en andere wijkbewoners, pesten, enzovoorts. De voornaamste oorzaak was een herhaaldelijk stoppen van zijn anti-psychotische medicatie en het hierna weigeren van toegang aan een spu-er die hij niet goed kende. Nu kent hij de spu-er wel. Deze brengt hem een depot-aan-huis en helpt hem - zo'n drie uur per week - door middel van mobiel rehabilitatiewerk met het realiseren van zinvolle dagbesteding en met het opbouwen van een sociaal netwerk.

Lieberman module

De servicegerichtheid kan worden gerealiseerd door een andere indicatiestelling bij behandeling, met behulp van de rehabilitatietechnieken van de Boston University en met de symptoom- en medicatiemanagement modulen van Lieberman (2)(3). Dit om begeleiding van de patiënt naar een woon- en werkomgeving van zijn of haar keuze mogelijk te maken met zo min mogelijk professionele hulp. Indicaties voor intensievere hulp of opnamen kunnen niet alleen door de arts, maar ook door de patiënt en zijn omgeving worden gedaan. Als de patiënt voelt dat hij weer psychotisch wordt en hij opname wenst - al is het maar voor twee uur - dan moet dit mogelijk zijn. De patiënt is als het ware zijn eigen medebehandelaar. Aan de hand van zijn ziekteverschijnselen kan hij zelf de medicatie variëren tussen twee limietdoseringen.

De rehabilitatie richt zich op het accepteren van de beperkingen die een langdurige kwetsbaarheid voor psychiatrische ontregelingen met zich brengt en dit moet leiden tot een verandering in gevoelens, ambities, verwachtingen en tot hoop en een nieuw levensdoel. Daarnaast richt de begeleiding zich op het leren van vaardigheden en het organi-

seren van hulp en ondersteuning om deze rollen en betekenisvolle relaties te helpen verwezenlijken.

Mevrouw Z, heeft dertig opnamen achter de rug. Het waren vrijwel allemaal gedwongen opnamen (inbewaaringstellingen) waarbij fysieke dwang moest worden toegepast. Het wantrouwen tegen de hulpverlening zat diep. Doordat we tijdens de looptijd van een rechterlijke machtiging al tot voorwaardelijk ontslag waren overgegaan, is de opname nu niet abrupt beëindigd en is contact aangehouden. Het vertrouwen is daarmee hersteld. Tot onze verbazing meldde ze zich laatst voor een bed-op-recept, omdat ze bang was opnieuw te zullen decompenzeren. Dit is haar eerste vrijwillige opname geweest, die tevens het kortst heeft geduurd, namelijk tien dagen.

Literatuur:

1. Sheperd G, Murray A, Muijen M. Relative values. The Different Views of Users, Family Carers & Professionals on Services for People with Schizophrenia in the Community. The Sainbury Centre for Mental Health, London, 1994.
2. Rehabilitation Training Manuals. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 1986.
3. Lieberman RP. Social and Independent Living Skills. Rehabilitation Research & Training Center in Mental Illness, Los Angeles, 1986.

1995, een nieuwe waarheid in de tandheelkunde

W.Ph.L. van Ouwkerk

Het zittende paarse kabinet zal deze regeerperiode de 'Trechter van Dunning' hanteren.

Tandheelkunde, medicijnen en fysiotherapie zijn aan de beurt en worden gewogen naar noodzakelijkheid, werkzaamheid en doelmatigheid, opdat de verzekeringspremies niet zullen stijgen. De tandheelkunde heeft per 1 januari de aftrap moeten verrichten, hoegenaamd zonder warming up. Dat zal leiden tot problemen, die zo snel mogelijk een aanpassing van de regeling eisen.

'Ik heb honger, mag ik je kunstgebit even lenen?' is volgens de rubriek 'Terzijde' in Vrij Nederland een voorbeeld van een gesprek tussen ziekenfondsverzekerden over tien jaar. Aan deze hilarische uitspraak moet natuurlijk geen letterlijke betekenis worden gehecht, maar de overdrijving geeft wel aan in welke richting de tandheelkundige zorg zich kan ontwikkelen na de ingrijpende beperkingen in de aanspraken voor ziekenfondsverzekerden per 1 januari van dit jaar.

Pakketverkleining

De wettelijk verzekerde aanspraken in de ziekenfondsverzekering en standaardpakketpolis zullen in de periode waarin het paarse kabinet regeert aanmerkelijk worden afgeslankt opdat de verzekeringspremies in diezelfde periode niet zullen stijgen. In overleg met zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zal de overheid de trechter van Dunning gaan hanteren: Welke zorg is noodzakelijk, werkzaam, doelmatig en kan niet voor eigen rekening worden genomen? Dit heeft tot gevolg dat tandheelkunde, fysiotherapie en geneesmiddelen een pakketverkleining ondergaan. Helaas heeft de tandheelkunde van dit drietal al op 1 januari jl. de aftrap moeten verrichten, waardoor de warming up veel te kort was.

Het Financieel Overzicht Zorg

Vanaf 1991 is het taakstellende karakter van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) door de tandart-

Over de auteur:

W.Ph.L. van Ouwkerk, adviserend tandarts Nuts verzekeringen

sen als zeer knellend ervaren. De overschrijdingen van 1991 werden in 1993 nog met veel inventiviteit gecompenseerd door zorginhoudelijke oplossingen, maar in 1994 werden de tandartsen geconfronteerd met aanzienlijke tariefverlagingen. Om uit deze neerwaartse spiraal te geraken heeft de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) in mei 1994 een notitie aangeboden aan de kabinetsinformatoren. In deze notitie - een logisch vervolg op de jarenlange interne discussie - werd aangegeven hoe het basispakket tandheelkundige zorg er uit zou moeten zien. Tevens werd daarbij de rekensom meegegeven dat op die manier 450 miljoen gulden kon worden omgebogen. Wanneer, naast het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het verdeelde advies van de Ziekenfondsraad uit 1993, een representatieve beroepsorganisatie een dergelijk plan presenteert dan is de gewenste consensus met de zorgaanbieders er al en is het vervolgens logisch dat de overheid haar verantwoordelijkheid neemt. Op 28 juli werd in de (demissionaire) ministerraad het besluit genomen de aanspraken op tandheelkunde te beperken, grotendeels conform de wensen van de NMT. Tevens werd de sturing van het FOZ op de niet-collectief verzekerde verrichtingen losgelaten. De eis die het ministerie daarbij stelde was dat de hele operatie budgettair neutraal moest verlopen en het gaf de opdracht aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg een harmonisatie van particuliere en ziekenfondstarieven te bewerkstelligen.

De beperkingen

De volwassen ziekenfondsverzekerde behoudt vanaf 1 januari 1995 alleen aanspraken op consultatie, periodiek onderzoek, diagnostiek, tandsteen verwijderen, preventie en enkele met name genoemde kleine verrichtingen. Deze aanspraken zijn ondergebracht in een cluster 'preventief onderhoud', dat de tandarts eenmaal per jaar mag declareren. Alle andere behandelingen (vullingen, röntgenfoto's, wortelkanaalbehandelingen, prothesen, enzovoort) moet de verzekerde nu zelf betalen. Voor de jeugdigen tot 18 jaar bestaat geen recht meer op orthodontie, kronen en bruggen. De meest basale preventieve en curatieve zorg wordt derhalve niet aangetast.

Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) heeft alle tarieven voor volwassenen geharmoniseerd, waardoor de ziekenfondstarieven

gemiddeld met 36% zijn gestegen en de particuliere tarieven met ruim 13% zijn gedaald. Het curieuze feit doet zich dus voor dat ziekenfondsverzekerden niet alleen de tandartskosten zelf moeten betalen, maar daar ook nog aanzienlijk meer aan kwijt zijn, terwijl particulier verzekerden - die doorgaans meer zullen verdienen dan de ziekenfondsverzekerden - hun tandartskosten aanmerkelijk zien dalen. Op 1 januari 1996 worden de particuliere tarieven gelijkgeschakeld aan de tarieven voor de jeugdige ziekenfondsverzekerden, waardoor de huidige particuliere tarieven met nog eens 5% zullen dalen.

In de tandheelkundige zorgverlening zal dit bij ziekenfondsverzekerden die om louter financiële redenen de tandarts en/of orthodontist niet meer zullen bezoeken ongetwijfeld een vraaguitval tot gevolg hebben; de vele aanvullende tandartsverzekeringen ten spijt. Het is maar de vraag of voor tandartsen de stijging in het ziekenfondstarief de vraaguitval voldoende compenseert. Ook zal in de komende jaren blijken of de tariefverlagingen in het particuliere tarief van 1995 en 1996 de moeite waard zijn geweest om onder het juk van het FOZ te ontsnappen.

De vraaguitval zal ongetwijfeld gezondheidsconsequenties hebben. De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg heeft in het scenario-rapport tandheelkunde uit 1992 berekend dat bij 65-jarige ziekenfondsverzekerden in het jaar 2020 maximaal drie gebitselementen meer zullen ontbreken dan wanneer de pakketbeperking niet aan de orde zou zijn geweest. Tevens zullen bij personen van deze leeftijd in 2020 3% meer prothesedragers te onderkennen zijn. Over tien jaar hoeven we elkaars kunstgebit dus nog niet te lenen, maar de trend is duidelijk.



Knelpunten in 1995

In de korte tijd die beschikbaar was om het verstrekkingenpakket om te zetten in de nieuwe regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering zijn er onevenwichtigheden ingeslopen die naar alle waarschijnlijkheid tot problemen zullen leiden. De adviserende tandartsen van de zorgverzekeraars, verenigd in het college van adviserende tandartsen, hebben een uitgebreide inventarisatie gemaakt van knelpunten.

Tandsteen verwijderen

Tandsteen verwijderen maakt onderdeel uit van de cluster 'preventief onderhoud'. De ziekenfondsverzekerde heeft daardoor een jaar lang aanspraak op het verwijderen van tandsteen, ongeacht of er veel of weinig moet worden weggehaald. Problemen zijn te verwachten bij de interpretatie van het begrip 'tandsteen verwijderen'. In die praktijken waar een mondhygiënist(e) werkzaam is zal de honorering van de cluster ad f 47,59 als onvoldoende worden ervaren en zullen ongewenste declaratiepatronen ontstaan. Ook kan van de verzekerde worden gevraagd afstand te doen van de aanspraken op het preventief onderhoud, waardoor de gewone tarieven voor tandsteen verwijderen bij de patiënt in rekening worden gebracht. Hoewel tandsteen verwijderen onmiskenbaar een preventieve handeling is en dientengevolge volkomen terecht in de cluster is opgenomen ware het op zuiver praktische gronden wenselijk geweest het tandsteen verwijderen buiten de cluster te houden. Hierdoor zouden vele tientallen miljoenen beschikbaar komen voor een ander knelpunt: de volledige prothese moet nu door de verzekerde helemaal zelf worden bekostigd. Het zijn veelal de ouderen die tandeloos zijn geworden omdat ze nooit hebben kunnen profiteren van de collectieve en individuele preventieve maatregelen die sinds de jaren zeventig hebben geleid tot een veel betere mondgezondheid in Nederland. Het zijn ook diezelfde ouderen die al jarenlang premie hebben betaald en nu in tandheelkundige zin buiten de boot vallen. De gelden die beschikbaar zouden komen wanneer tandsteen verwijderen buiten de cluster wordt gehouden, kunnen de volledige prothese weer bereikbaar maken voor iedereen.

¹⁾ *Suprastructuur is de voorziening die op de implantaten wordt geschroefd en houvast geeft aan de gebitsprothese.*

Implantaten

Implantaten worden vergoed wanneer er sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Tevens wordt dan de suprastructuur¹⁾ en de prothese volledig vergoed. Hierdoor zal, louter om financiële redenen, de vraag naar implantaten sterk toenemen terwijl de regeling onvoldoende beheersmechanismen bevat om haar adequaat toe te passen. Doordat de prothese op implantaten wel wordt vergoed en de 'gewone' prothese niet ontstaat een ongewenste vorm van rechtsongelijkheid. Met een gepast gevoel voor overdrijving kan worden gesteld dat vanaf 1995 implantaten een teken van armoede zijn.

Centra voor bijzondere tandheelkundige zorg

De aanspraken op bijzondere tandheelkundige hulp zijn niet veranderd, maar wel is het primaat bij de huistandarts weggehaald zodat de aanspraken alleen tot gelding kunnen worden gebracht in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Deze centra zijn toegerust voor behandelingen die speciale kennis en vaardigheden vereisen. Toch zijn vele behandelingen denkbaar die zeer wel passen in de regeling en goed uitvoerbaar in de algemene praktijk, maar nu noodgedwongen moeten worden uitgevoerd in een centrum bijzondere tandheelkunde. Dit leidt tot onnodige belasting van de centra en is bovendien onnodig kostbaar.

Kaakchirurgische hulp

Kaakchirurgische hulp van specialistische aard wordt volgens de nieuwe regeling vergoed, ongeacht of dit wordt uitgevoerd door de tandarts of de kaakchirurg. Er is echter een opsomming gemaakt van een aantal kaakchirurgische ingrepen waarvan wordt verondersteld dat die algemeen van aard zijn en dus niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het gaat daarbij ook om handelingen die doorgaans door de kaakchirurg worden verricht (nemen van bipten, reponeren en fixeren van fracturen van het tanddragend kaakgedeelte, sluiten van een open neusbijholte). Bij deze verrichtingen is het nauwelijks aan verzekerden uit te leggen dat hiervoor de eigen portemonnee moet worden aangesproken, waarbij dan ook de huur van de operatiekamer zal moeten worden bekostigd.

Chirurgie aan het tandvlees is zorginhoudelijk gezien een typisch voorbeeld van chirurgie van specialistische aard. De minister heeft echter in

een aparte brief laten weten dat parodontale chirurgie wordt geacht algemeen van aard te zijn!

Tot slot

Deze voorbeelden geven een indruk van de problemen die te verwachten zijn. In het kader van dit artikel zou het te ver voeren om gedetailleerd op alle knelpunten in te gaan. Het is evenwel duidelijk dat 1995 moet worden gebruikt om zo snel mogelijk - en dan op basis van inmiddels beschikbare gegevens - alle partijen ervan te overtuigen dat aanpassingen in de regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering niet alleen technisch maar ook maatschappelijk noodzakelijk zijn en moeten worden doorgevoerd.

Geraadpleegde literatuur:

- Een gezond fundament voor tandheelkundige zorg in Nederland. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Mei 1994.
 - Inventarisatie van knelpunten. Rapport van college adviserend tandartsen. December 1994.
 - Kiezen en Delen. Rapport van de commissie keuzen in de zorg (commissie Dunning). November 1991.
 - Toekomstscenario's tandheelkunde: een verkenning van de periode 1990-2020. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg 1992.
 - Zorg in Nederland: samenvatting van het Financieel Overzicht Zorg 1995. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. September 1994.
 - Modernisering zorgsector: onderdeel tandheelkunde. Ziekenfondsraad. December 1993.
-

Dansen op de vulkaan?

Hoe het overheidsbeleid gaten laat vallen.

H. Westerhof

Tweemaal per jaar voor controle naar de tandarts gaan is niet voor iedereen nodig, meende de Nationale Raad voor de Volksgezondheid twee jaar geleden. De controlefrequentie kon dus worden geflexibiliseerd, vond vervolgens de minister van volksgezondheid, die er een aardige bezuiniging in zag. De Raad stoelde het advies op het feit dat 'de stand van de wetenschap geen harde uitspraken hieromtrent toelaat'. Maar 'harde uitspraken' zijn er wel degelijk. Ze geven aan dat afschaffing van halfjaarlijkse controle belangrijke nadelige gevolgen heeft.

In 1993 bracht de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een advies uit over de toekomstige tandheelkundige zorg. Met betrekking tot het gewenste aantal controlebezoeken aan de tandarts wordt daarin gesteld: 'Alhoewel de stand van de wetenschap het niet toelaat harde uitspraken te doen, lijkt een flexibilisering (van de controlefrequentie) in de richting van één à twee keer per jaar wel mogelijk.'

Het advies om de controlefrequentie te 'flexibiliseren' is door de regering overgenomen. Vanaf 1995 wordt voor ziekenfondsverzekerden nog slechts één controle per jaar vergoed; extra controles zijn voor eigen rekening. Hoewel de flexibilisering ook betrekking heeft op de jeugd worden bij deze groep nog twee controles per jaar vergoed.

De gedachte achter de flexibilisering is, dat enerzijds kosten kunnen worden bespaard door de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt te stimuleren en aldus overconsumptie terug te dringen, anderzijds dat patiënten met een verhoogd tandheelkundig risico vaker dan eens per jaar bij de tandarts blijven komen. Maar tegelijk is gekozen voor meer marktwerking, en dat werkt in precies tegenovergestelde richting, zoals cijfers uit de Verenigde Staten (zie verder) aantonen.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft de 'stand van de wetenschap' onderschat. Er zijn wel degelijk 'harde uitspraken' gedaan die aangeven dat afschaffing van het systeem van halfjaarlijkse controles belangrijke nadelige gevolgen heeft voor de tandheelkundige gezondheid bij een aantal bevolkingsgroepen.

Over de auteur:

H. Westerhof, tandarts/socioloog, hoofd van de hoofdafdeling Jeugd tandzorg GGD, Dienst Welzijn Den Haag

Preventief tandartsbezoek

Geen onderdeel van de gezondheidszorg is zo preventief van karakter als de tandzorg. Het overgrote deel van de Nederlanders met een eigen gebit bezoekt ieder half jaar de tandarts, zonder dat er sprake is van pijnklachten. De gewoonte om levenslang regelmatig de tandarts te bezoeken is voornamelijk te danken aan het ziekenfondssysteem, dat sinds 1948 de halfjaarlijkse controle verplicht stelde met een financiële sanctie, en aan de vroegere schooltandverzorgingsdiensten, die elk half jaar op school de kinderen nakeken. De halfjaarlijkse controle werd later zelfs overgenomen in de particuliere tandheelkundige verzekeringen, zij het zonder sanctie.

Het heeft een generatie geduurd voordat dit op preventie gerichte gedrag algemeen werd geaccepteerd. Effectief werd dit gedrag pas vanaf de jaren zeventig door de toename van het aantal tandartsen en preventieve mogelijkheden, en door de uitbreiding van de dekking in de zorgverzekering. De jeugd profiteerde het eerst en tot nu toe het meest: had begin jaren zeventig van de 12-jarigen nog slechts gemiddeld 1 à 2% een gaaf blijvend gebit, nu is dat 'al' zo'n 45%.

Extreem

De tandheelkundige zorg in Nederland neemt in de westerse geïndustrialiseerde wereld in verschillende opzichten een extreme plaats in: in de jaren zeventig was in vrijwel geen enkel land de cariëssituatie bij de jeugd zo slecht als in Nederland. Sinds enkele jaren is het precies andersom en hoort Nederland tot de landen met de laagste cariëscijfers bij de jeugd.

De aanvankelijk slechte gebitsgezondheid had vooral te maken met de voortdurende toename van het gebruik van suikerhoudend voedsel. Maar daarin onderscheidde Nederland zich niet van de andere westerse landen, ook niet door de introductie van steeds meer en betere preventiemethoden, zoals gefluorideerde tandpasta, fluoridetabletjes en -spoelmiddelen, fluoridebehandelingen bij de tandarts en sealants.

In welk opzicht wijkt de Nederlandse situatie dan wel af van die in de andere westerse landen? Eigenlijk vooral in negatieve zin. Zo is in veel landen het drinkwater (van nature of kunstmatig) gefluorideerd, wat in Nederland sinds 1974 ner-

gens meer het geval is. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld gebruikt 60% van de bevolking gefluorideerd drinkwater, wat bij de jeugd een extra cariësreductie oplevert van 18%.

Verder zijn er bijna geen westerse landen met naar verhouding zo weinig tandartsen als in Nederland. Weliswaar zijn er de afgelopen twintig jaar veel tandartsen bijgekomen, maar Nederland neemt met één tandarts op circa 1900 inwoners nog steeds één van de onderste plaatsen in. Wellicht mede daardoor is Nederland ook één van de goedkoopste landen: alleen in Engeland zijn de uitgaven aan tandheelkundige zorg per inwoner nog lager.

Binnen de Europese Gemeenschap heeft Nederland het hoogste percentage prothesedragers. Dat is nog het gevolg van de slechte situatie in het verleden.

Maar in nog een opzicht wijkt Nederland af: de halfjaarlijkse controle. Geen enkel ander land kent zo'n systeem.

Halfjaarlijkse controle: de Nederlandse norm

De belangrijkste functies van de halfjaarlijkse controle zijn vroegtijdige opsporing van afwijkingen, het tijdig inschatten van risico's en het toepassen van preventieve verrichtingen, zowel door professionele zorg als door zelfzorg (via voorlichting). In andere landen heeft het tandartsbezoek ook deze functies, maar daar is de reden vaker onderzoek en behandeling van klachten. Het unieke van het Nederlandse systeem is het uniforme en verplichte karakter, en daarmee de sterk *normerende* invloed die het heeft gekregen. Vraag een willekeurige Nederlander hoe vaak je naar de tandarts moet gaan en hij antwoordt steevast: 'twee keer per jaar'. Het systeem stimuleert het tandartsbezoek, maar remt ook onnodige vraag naar tandartshulp. Waarschijnlijk dankt Nederland zijn gunstige positie met betrekking tot de gebitsgezondheid bij de jeugd niet zozeer aan een betere preventie, maar aan het feit dat de zorg toegankelijk is voor vrijwel *alle* kinderen.

In de nieuwe situatie wordt de controle niet afgeschaft, maar ze verliest wel haar normerende karakter. Behalve voor de jeugd vervalt ook de financiële sanctie, waardoor het regelmatige tandartsbezoek niet meer vanzelfsprekend is. Boven-

dien is er geen koppeling meer met de curatieve zorg, waardoor ook een jaarlijkse controle geen garantie meer biedt voor een goede mondgezondheid.

Men zou kunnen tegenwerpen dat er voor de jeugd toch niet zoveel verandert: de tandheelkundige zorg blijft voor hen grotendeels verzekerd, inclusief twee controles per jaar. Het is de vraag of dat voldoende is. Immers het bezoekgedrag van het kind komt sterk overeen met dat van de ouders: als de ouders elk half jaar naar de tandarts gaan, gaat het kind mee; als ouders niet of onregelmatig gaan, gaat het kind meestal ook niet of onregelmatig. Tenzij er een dienst voor Jeugd-tandzorg (JTZ) in de regio functioneert: in Den Haag laat twee derde van de ouders die zelf niet (regelmatig) de tandarts bezoeken, hun kind deelnemen aan de JTZ.

Consequenties van het ontbreken van normen voor controle: de Verenigde Staten

In de Verenigde Staten bepalen vraag en aanbod hoe vaak iemand voor controle naar de tandarts gaat. Daardoor zijn er grote verschillen in bezoekfrequentie bij de Amerikaanse jeugd, veel groter dan in Nederland. Ook de gezondheidsverschillen zijn er veel groter dan in Nederland. Het zijn echter niet de kinderen met de meeste behandelingsbehoefte die het meest naar de tandarts gaan. Integendeel, het zijn de kinderen uit de meer welgestelde klassen die het frequentst gebruik maken van de tandheelkundige zorg, hoewel zij die het minste nodig hebben.

Tot kostenbesparing leidt de marktwerking evenmin: gemiddeld zijn de kosten voor tandheelkundige zorg in de Verenigde Staten ruim twee keer zo hoog als in Nederland. Dat is onder meer het gevolg van een overconsumptie van tandheelkundige zorg door de meer welgestelden.

Een aantal cijfers

Zowel Nederlandse als Amerikaanse kinderen gaan gemiddeld 2,5 keer per jaar naar de tandarts. Bij Nederlandse kinderen gaat het echter in 72% van de gevallen om een preventief controlebezoek; bij Amerikaanse kinderen is dat veel minder vaak het geval (35-63%, afhankelijk van etnische afkomst en het wel of niet verzekerd zijn). Amerikaanse kinderen gaan dus vaker om andere redenen (klachten, behandelingen). Slechts 69% van

hen had het afgelopen jaar ten minste één keer de tandarts bezocht. In Nederland bezoekt 92% van de kinderen ten minste één keer (en meestal twee keer) de tandarts.

Maar nog belangrijker is dat de frequentie van het tandartsbezoek in de Verenigde Staten sterk afhangt van de etnische afkomst, van het wel of niet verzekerd zijn, en van - vooral - het inkomen: blanke kinderen gingen 2,2-2,9 keer per jaar naar de tandarts; zwarte kinderen daarentegen 0,9-2,0 keer. Verzekerde kinderen gingen twee keer zo vaak als de niet-verzekerde kinderen, en kinderen uit de hogere inkomensklassen (boven de \$ 35,000) bezochten 4,3 keer per jaar de tandarts tegen kinderen uit de lagere inkomensklassen (beneden de \$ 10,000) 0,9 keer!

In de Nederlandse situatie zijn de verschillen veel kleiner en gaven verschillen in inkomen en verzekeringsvorm tot nu toe nauwelijks aanleiding tot verschillen in bezoekfrequentie: deze was bij ziekenfondsverzekerden 2,5, bij particulieren 2,3 (alle leeftijden, exclusief prothesedragers).

De *gemiddelde* gebitsgezondheid bij de jeugd is in Nederland vergelijkbaar met die in de Verenigde Staten. Maar evenals in Nederland is in de Verenigde Staten de kans op cariës sterk gerelateerd aan factoren als sociaal-economische status (SES) en etnische achtergrond. Echter in tegenstelling tot de Amerikaanse situatie nemen in Nederland de verschillen af naarmate de kinderen ouder worden.

Kinderen van beter gesitueerde ouders in de Verenigde Staten profiteerden het meest van preventie: blanke kinderen kregen vaker fluoridetabletjes en spoelden vaker met fluoride thuis; daarentegen maakten zwarte kinderen meer gebruik van collectieve preventie in de vorm van fluoridespoelen op school. Sealants werden voornamelijk toegepast bij blanken en/of welgestelden: 21% van de blanke kinderen en 29% van de kinderen uit de hogere inkomensklasse had één of meer sealants tegen slechts 6% van de zwarte kinderen en 7% van de kinderen uit de lagere inkomensklasse (9-11-jarigen).

De gevolgen vinden we terug in de gebitsgezondheid: blanke kinderen hebben minder cariës dan zwarte. Bovendien nam tussen 1980 en 1987 bij blanke kinderen de cariës af met 43%, bij zwarte kinderen met slechts 3% (12-jarigen). Groot is ook het verschil in verzorgingsgraad op die leef-

tijd: bij blanke kinderen was 84% van de gaatjes gevuld, bij zwarte kinderen was dat slechts 65%. Bij Nederlandse kinderen is dat juist andersom en waren procentueel meer gaatjes gevuld bij allochtone dan bij autochtone kinderen en meer bij kinderen uit de lage dan bij de hoge SES-groep.

Het zal even duren voordat de halfjaarlijkse controle uit het collectieve geheugen is verdwenen en de markt de normerende functie heeft overgenomen.

Wil men de effecten van de stelselwijziging kunnen beoordelen, dan zal er zo snel mogelijk een systeem van monitoring moeten komen waarmee gegevens als in de Verenigde Staten kunnen worden verzameld.

Tandheelkundige zorg, de sociale dienst en de aansprakelijkheidsverzekering

Vanaf 1995 moeten volwassen ziekenfondsverzekerden vrijwel alle tandheelkundige behandelingen zelf betalen. Bij kinderen komen ook orthodontische hulp, kronen en bruggen voor eigen rekening. Weliswaar kan men zich hiervoor bij het ziekenfonds bijverzekeren, maar de verzekering dekt in de meeste gevallen slechts een deel van de kosten. Voor mensen met een uitkering of een laag inkomen kunnen die extra kosten de gewenste behandeling onmogelijk maken. In dat geval is het verstandig (voordat de behandeling is begonnen!) een beroep te doen op de gemeentelijke Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Deze kan in veel gevallen zorgen voor een aanvullende bijdrage. Voorwaarde is wel dat men een aanvullende verzekering heeft en dat het gaat om een noodzakelijke behandeling.

Vooraf bij kinderen zijn kronen en bruggen wel eens noodzakelijk als gevolg van een ongeval. De aanvullende verzekering biedt dan slechts een beperkte vergoeding. In die gevallen kan het raadzaam zijn de patiënt te wijzen op de aansprakelijkheidsverzekering, die scholen, sportverenigingen en meestal ook de bureaus hebben. Door een beroep te doen op die verzekering kunnen vaak alle kosten volledig worden vergoed.

Geraadpleegde literatuur:

1. Gift HC, Newman JF. Oral Health Activities of U.S. Children: Results of a National Health Interview survey. J Am Dental Ass (JADA), 1992; 123 nr.10: 96-106.
2. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomstscenario's Tandheelkunde. Een verkenning van de periode 1990-2020. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
3. Tandzorg gewogen. Advies over de modernisering van de tandheelkundige zorg. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer, 1993.
4. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Tandcariës bij Haagse schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100 nr. 9: 427-31.
5. Visser RSH e.a. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel III: resultaten gedragswetenschappelijk onderzoek. Subfaculteit Tandheelkunde Katholieke Universiteit/Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg. Nijmegen/Leiden, 1988.
6. Waldman HB. A Generation of Dental Services for Children: Change and Similarity. J Dent Children, 1990; nr. 1/2: 24-30.
7. Waldman HB. Are Minority Children getting their Fair Share of Dental Services? J Dent Children, 1990; nr. 9/10: 380-4.
8. Waldman HB. Twenty-five Years of increasing Use of Pediatric Dental Services. J Dent Children, 1993; nr. 11/12: 399-402.
9. Dental Caries Levels at 12 Years. World Health Organization. Geneve, 1993.
10. Modernisering zorgsector; onderdeel tandheelkunde (1993 nr. 608). Ziekenfondsraad. Amstelveen, 1993.
11. Zijden MJML van der. Mondgezondheid aan de basis: een onderzoek naar de gedragsfactoren die met de mondgezondheid van 5-12-jarige Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen samenhangen. Dienst Welzijn, Sector GGD/MZ, hoofdafdeling Jeugd tandzorg. Den Haag, 1993.

Gebitsgezondheid van de jeugd.

Een onderzoek bij 5-, 12- en 18-jarige deelnemers van de Jeugdtandzorg in Den Haag.

H. Westerhof en Mw. M.J.M.L. Baan-van der Zijden

Recent Noors onderzoek naar de gebitstoestand van de jeugd laat zich goed vergelijken met de gegevens die in Den Haag bestaan over de 23.000 deelnemers aan de Jeugdtandzorg. Ook de tandheelkundige situatie is vergelijkbaar, net als het voedingspatroon. Dat Den Haag niettemin goed afsteekt bij Noorwegen heeft kennelijk te maken met de preventie-methoden die hier zijn ontwikkeld. Maar gevreesd moet worden dat we zullen afzakken naar het Noorse niveau, nu aan de wijze van zorgverzekering wordt getornd.

De Jeugdtandzorg (JTZ) in Den Haag leent zich met zijn 23.000 deelnemers goed voor epidemiologisch onderzoek. Alle bevolkingsgroepen in de leeftijd van 2 tot 19 jaar zijn ruim vertegenwoordigd en de JTZ-administratie maakt het mogelijk een aantal voor de tandheelkundige zorg relevante groepen te onderscheiden. Daardoor kan de gebitsgezondheid van deze groepen kinderen met elkaar worden vergeleken. En door vergelijking met de resultaten uit voorgaande jaren krijgt men een beeld van de ontwikkeling van de gebitsgezondheid. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat de gegevens van de JTZ, waarin allochtonen en ziekenfondsverzekerden zijn oververtegenwoordigd, niet representatief zijn voor de hele jeugd van Den Haag.

In 1989 werd een uitgebreid tandheelkundig onderzoek gedaan bij 12-16-jarige deelnemers (1). Deze keer werd het onderzoek uitgevoerd bij alle 5-, 12- en 18-jarige deelnemers die in de maanden april, mei en juni 1994 kwamen voor de reguliere halfjaarlijkse controle. De kinderen werden onderzocht op:

- cariës-experience, uitgedrukt in het DMFT-getal *);

*) DMFT is de optelsom van het aantal tanden en kiezen dat door cariës is aangetast, gevuld of getrokken. Voor het melkgebijt worden kleine letters gebruikt (dmft).

Over de auteurs:

H. Westerhof, tandarts/socioloog, hoofd hoofdafdeling Jeugdtandzorg en mw. M.J.M.L. Baan-van der Zijden, tandheelkundig preventief medewerker, afdeling Collectieve Preventie Jeugdtandzorg

- parodontale afwijkingen, uitgedrukt in het wel of niet vóórkomen van tandsteen (alleen 12- en 18-jarigen);
- groeistoornissen, waarbij werd nagegaan hoeveel kinderen orthodontische hulp nodig hadden of daarvoor reeds waren verwezen (alleen 12-jarigen);
- traumata, uitgedrukt in het percentage kinderen met één of meer getraumatiseerde elementen (alleen 12-jarigen).

De resultaten met betrekking tot de groeistoornissen en traumata weken niet opvallend af van die van vijf jaar geleden en zijn daarom niet in dit artikel opgenomen.

Evenals in 1989 werden de tandheelkundige resultaten uitgesplitst naar verzekeringsvorm en etnische afkomst. De verzekeringsvorm werd onderscheiden naar ziekenfonds of particulier. De etnische afkomst werd gedefinieerd naar nationaliteit: onderscheiden werden de kinderen met een Nederlandse, Turkse en 'Noordafrikaanse' nationaliteit. De Noordafrikaanse groep betreft kinderen met een nationaliteit van één van de Noordafrikaanse landen, waaronder Marokko. Bij de Turkse en Noordafrikaanse groepen zitten ook de kinderen met een dubbele nationaliteit (bijvoorbeeld Turks en Nederlands).

In 1989 werden nog alle kinderen naar etnische afkomst gedefinieerd. Dat bleek in 1994 echter niet meer mogelijk, waardoor in de groep Nederlanders nu ook de genaturaliseerde allochtonen zitten. Dat zijn vooral Surinaamse kinderen, die bijna allemaal de Nederlandse nationaliteit hebben. Maar ook vrij veel van oorsprong Turkse en Noordafrikaanse kinderen hebben thans de Nederlandse nationaliteit. Vergelijking met de uitkomsten van 1989 is ten aanzien van dit aspect dan ook van twijfelachtige waarde.

De groep 5-jarigen wordt voor het eerst bekeken. Deze leeftijdsgroep geeft een goed inzicht in de toestand van het melkgebit. Vanwege de nieuwe belangstelling voor de zuigflescariës is apart gekeken naar de cariëssituatie in de voortanden.

De cariës-experience bij 12-jarigen vormt de standaard van de World Health Organization waarmee de cariëssituatie in alle landen met elkaar wordt vergeleken. De gegevens van de JTZ-deelnemers uit deze groep worden al sinds 1952 verzameld.

De groep 18-jarigen is eveneens nieuw. De leeftijd is gekozen, omdat dit de oudste deelnemers zijn van de JTZ. (Tijdens het onderzoek was nog niet bekend dat vanaf 1996 deze leeftijdsgrens met een jaar zal worden verlaagd.) Bovendien was ook een longitudinaal onderzoek mogelijk doordat van een 18-jarige in 1994 de gebitsgegevens konden worden teruggezocht uit het onderzoek van 1989, toen de deelnemer 13 jaar was.

Gelijktijdig met ons onderzoek verscheen een publikatie over de gebitsgezondheid van de 5-, 12- en 18-jarige kinderen in Noorwegen. Vergelijking met de leeftijdsgenootjes van de Haagse JTZ leverde een verrassend resultaat op.

Resultaten

5-jarigen

Van de 5-jarigen had de helft een gaaf melkgebit. Het gemiddelde aantal door cariës aangetaste tanden en kiezen was 2,4. Ongeveer een vijfde van de kinderen heeft zeer veel cariës (meer dan vier aangetaste tanden en kiezen).

Maken we een onderscheid naar etnische of sociaal-economische klasse, dan zien we dat de verschillen groot zijn: kinderen met de Nederlandse nationaliteit hebben een veel beter melkgebit dan Noordafrikaanse en - vooral - Turkse kinderen. Nederlandse kinderen hebben bijna de helft minder gaatjes dan de Turkse. Ook het verschil tussen ziekenfonds- en particulierverzekerde kinderen is groot. De verschillen zijn statistisch significant ($p < 0.05$); zie tabel 1 (op bladzijde 22).



Gebitsgezondheid bij 5-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg, Den Haag 1994.

	Allen	Ned.	Turks	N-Afr.	Zieklf.	Part.
dmft, gemiddeld	2,4	1,8	3,3	2,9	2,5	1,3
dmft-front, gemiddeld	0,7	0,5	0,9	0,8	0,7	0,3
	%	%	%	%	%	%
dmft=0 (gaaf gebit)	50,1	60,9	29,9	45,0	46,1	75,9
dmft>4 (slecht gebit)	20,5	14,9	29,0	26,7	22,0	12,7

Een apart probleem bij kinderen is de zuigflesca-riës. Door langdurig gebruik van de zuigfles kun- nen peuters al op zeer jonge leeftijd cariës ontwik- kelen, vooral in de voortanden. Uit het onderzoek blijkt dat bijna 30% van de cariës in de voortan- den zit. Ook hierbij zien we dat deze zogenaamde frontcariës het meeste voorkomt bij niet-Neder- landse kinderen en bij ziekenfondsverzekerden. De verschillen zijn statistisch significant.

12-jarigen

De JTZ houdt al sinds 1952 de cariëssituatie bij van de 12-jarigen. Dit levert het bekende beeld op van een voortdurend stijgend aantal aangetaste tanden en kiezen, tot het begin van de jaren zeventig, waarna de cariësactiviteit weer daalt. Vanaf 1989 zien we een stabilisatie optreden. Het percentage kinderen met een gaaf gebit nam

weliswaar nog iets toe (van 37,4 naar 41,1), maar het gemiddeld aantal aangetaste tanden en kiezen bleef circa twee (figuur 1 en 2).

Net als bij de 5-jarigen hebben kinderen met de Nederlandse nationaliteit een beter gebit dan kin- deren van Turkse of Noordafrikaanse afkomst, en hetzelfde geldt voor particulierverzekerden ten opzichte van ziekenfondsverzekerden. Maar de verschillen zijn kleiner dan bij de 5-jarigen.

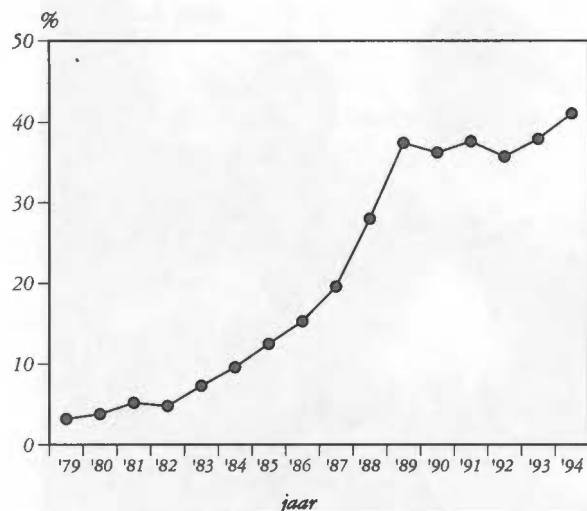
28% van de 12-jarigen heeft tandsteen. Dat is vrijwel evenveel als in 1989. De verschillen zijn statistisch significant, behalve met betrekking tot de verzekeringsvorm en de kinderen met een DMFT > 4 (zie tabel 2).

18-jarigen

Heeft 41% op 12-jarige leeftijd een gaaf gebit, op 18-jarige leeftijd is dat nog maar bij 18% van de

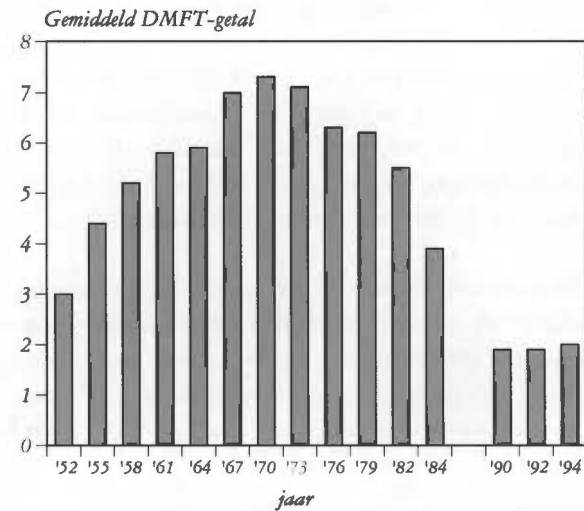
figuur 1

Percentage 12-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg met een gaaf blijvend gebit. Den Haag 1979-1994.



figuur 2

Gemiddeld DMFT-getal bij 12-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg. Den Haag 1952-1994



tabel 2

Gebitsgezondheid bij 12-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg, Den Haag 1994.

	Allen	Ned.	Turks	N-Afr.	Ziekf.	Part.
DMFT-gemiddeld	2,0	1,6	2,5	2,3	2,0	1,4
	%	%	%	%	%	%
DMFT=0 (gaaf gebit)	41,1	49,5	28,1	34,2	40,6	46,5
DMFT > 4 (slecht gebit)	14,7	10,9	21,9	17,9	15,6	4,7
Tandsteen	28,1	22,7	30,2	35,0	28,6	23,3

tabel 3

Gebitsgezondheid bij 18-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg, Den Haag 1994.

	Allen	Ned.	Turks	N-Afr.	Ziekf.	Part.
DMFT-gemiddeld	4,1	4,2	5,5	4,2	4,2	3,5
	%	%	%	%	%	%
DMFT=0 (gaaf gebit)	18,1	14,1	13,3	28,0	15,9	35,3
DMFT > 4 (slecht gebit)	41,3	41,4	60,0	44,0	44,2	17,6
Tandsteen	65,2	61,6	86,7	72,0	65,9	58,8

kinderen het geval. Ook het aantal aangetaste gebitselementen is bij de 18-jarigen ruim twee keer zo groot als bij de 12-jarigen.

Opvallend is echter dat de verschillen tussen de Nederlandse en niet-Nederlandse kinderen sterk zijn verminderd; ook de sociaal-economische verschillen, uitgedrukt naar verzekeringsvorm, is gering en niet significant.

Bijna twee derde van de 18-jarigen heeft tandsteen. Dat is een forse toename ten opzichte van de 12-jarigen. De verschillen tussen de sociaal-economische groepen zijn niet significant (zie tabel 3).

Cariëstoename bij 18-jarigen

Bij de vergelijking tussen de huidige 12- en 18-jarigen moet een kanttekening worden geplaatst. De huidige 18-jarigen hebben immers voor hun twaalfde jaar minder kunnen profiteren van preventieve maatregelen en behandelingen dan de huidige 12-jarigen: van de huidige 18-jarigen had

in 1988 nog maar 28% een gaaf blijvend gebit. De daling van het aantal kinderen met een gaaf gebit is dus minder dramatisch dan uit de tabellen 2 en 3 is op te maken, namelijk van 28% naar 18% gave gebitten.

Niet alle 12-jarigen van 1988 waren als 18-jarige nog bij de JTZ. Om de cariëstoename goed te kunnen vergelijken is een longitudinaal onderzoek nodig. Dit was mogelijk, omdat van elke 18-jarige is na te gaan wat zijn of haar cariësgegevens waren toen hij of zij als 13-jarige deelnam aan het onderzoek in 1989. Uit die gegevens blijkt dat het DMFT-getal gemiddeld toenam met 1,9.

Die toename is echter bij de kinderen met een gaaf gebit minder dan bij de kinderen die reeds één of meer carieuze tanden en kiezen hadden (respectievelijk 1,6 en 2,1).

Lang niet alle kinderen hebben echter meer cariës gekregen. Van alle 13-jarigen was bij ruim een derde in vijf jaar tijd het DMFT-getal niet toegenomen. Ruim de helft van de kinderen die als 13-

Cariësontwikkeling bij 13-jarige deelnemers van de Jeugd tandzorg in vijf jaar.
Den Haag 1989 en 1994.

	13-jarigen met DMFT=0	13-jarigen met DMFT > 0	Totaal 13-jarigen
Toename DMFT-gemiddeld	1,6	2,1	1,9
	Abs.	Abs.	Abs.
18-jarigen zonder cariëstoename	19	17	36
18-jarigen met cariëstoename	17	46	63
Totaal 18-jarigen	36	63	99

jarige een gaaf gebit hadden, had na vijf jaar nog steeds een gaaf gebit. Bij deze kinderen was dus geen enkele cariësprogressie. Hetzelfde geldt voor een kleine 30% van de kinderen bij wie als 13-jarige wel reeds één of meer gebitselementen waren aangetast of behandeld (zie tabel 4).

Nederland en Noorwegen

Dankzij een recente publikatie van een Noors onderzoek naar de gebitsgezondheid bij Noorse kinderen van 5, 12 en 18 jaar is het mogelijk om de Noorse kinderen te vergelijken met de deelnemers van de JTZ (2). Dat levert een opvallend resultaat op: de cariësprogressie blijkt bij de Haagse kinderen aanzienlijk geringer dan bij de Noorse.

De Noorse en de Haagse gegevens zijn goed vergelijkbaar: beide onderzoeken hebben betrekking op dezelfde leeftijdsgroepen en in beide gevallen betrof het een cohort-onderzoek. Ook het Noorse onderzoek is van recente datum (1991). Zowel het cariësniveau als de cariësontwikkeling bij 12-jarigen waren de laatste twintig jaar in Noorwegen en Nederland vrijwel gelijk.

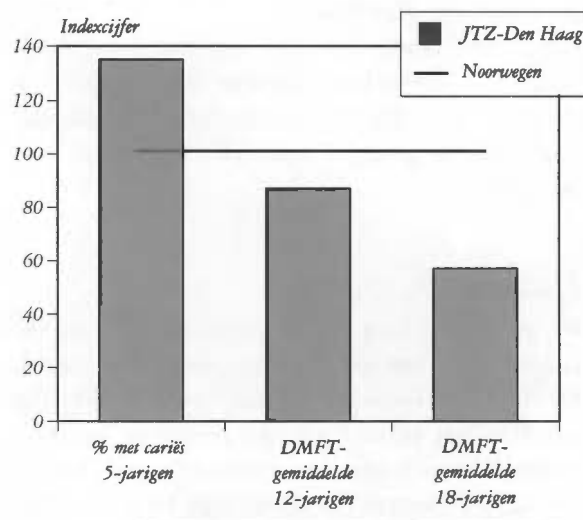
Een belangrijk verschil is wel dat in Noorwegen alle kinderen in het onderzoek waren betrokken, zodat de cariëscijfers representatief zijn voor de hele Noorse jeugd. In het Haagse onderzoek waren risico-kinderen oververtegenwoordigd, waardoor de cariëscijfers ongunstiger zijn dan de Nederlandse gemiddelden. Een ander verschil is, dat alle kinderen in het JTZ-onderzoek waren behandeld, terwijl dat bij 8-19% van de Noorse

kinderen niet (volledig) het geval was.

Beide verschillen tasten de vergelijkbaarheid van de cariësontwikkeling echter niet aan, omdat ze zich in vrijwel gelijke mate voordeden bij alle drie de leeftijdsgroepen.

In figuur 3 is te zien dat bij de 5-jarigen de cariëssituatie bij de Haagse kinderen slechter was dan bij de Noorse kinderen. Bij de 12-jarigen is echter de situatie omgekeerd en hebben de Haagse kinderen iets minder cariës dan de Noorse. Dat verschil blijkt aanzienlijk groter bij de 18-jarigen, waar de Noorse kinderen zelfs 75% meer cariës hebben dan de Nederlandse. Met andere woorden: de cariësprogressie is bij Noorse kinderen aanzienlijk hoger dan bij de Haagse deelnemers van de JTZ.

figuur 3
Cariës bij 5-, 12- en 18-jarige Noorse kinderen en deelnemers van de Jeugd tandzorg. Noorwegen 1991; Den Haag 1994.



Het betreft een opmerkelijke verschil in cariësontwikkeling. Dat bij de 5-jarigen de cariëssituatie van de Haagse kinderen slechter is dan bij de Noorse is niet verwonderlijk vanwege de oververtegenwoordiging van risicogroepen. Maar, zoals boven aangegeven, dat is ook het geval bij de 12- en 18-jarigen.

De oorzaak van het verschil in cariësprogressie is niet duidelijk. De tandheelkundige situatie in Noorwegen en Nederland zijn goed vergelijkbaar: het voedingspatroon en de beschikbare preventie verschillen niet veel.

Wel hadden beide landen een verschillend stelsel van zorgverzekering. Kennelijk waren preventiemethoden in het Nederlandse zorgsysteem effectiever dan in het Noorse. De kans is groot dat dit niet lang meer het geval zal zijn nu in 1995 het verschil tussen het Nederlandse en Noorse zorgsysteem veel kleiner is geworden.

Literatuur:

1. Westerhof H. Gebitsgezondheid van 12-16-jarigen; onderzoek bij deelnemers van de Haagse Jeugd tandzorg. Epidemiol Bul Grav 1990; 25 nr. 1: 26-32.
 2. Haugejorden O. Changing Time Trend in Caries Prevalence in Norwegian Children and Adolescents. Comm Dent and Oral Epidemiol 1994; 22: 220-5.
-

k o r t e b e r i c h t e n

onder redactie van
J.M. Vroom-Jongerden

Onderzoek in het kort

Opsporing en behandeling van verhoogde bloeddruk in de huisartspraktijk helpen hart- en vaatziekten terug te dringen

Het opsporen in de huisartspraktijk van patiënten met verhoogde bloeddruk en de langdurige en systematische behandeling van deze patiënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van coronaire hartziekten en sterfte hieraan. Naast de hoge bloeddruk dienen ook andere, aan de leefstijl gerelateerde risicofactoren te worden beïnvloed. De huisarts is de aangewezen persoon om hiertoe het initiatief te nemen, al moet hij niet alles zelf willen doen. Een diagnostisch centrum kan hier belangrijke diensten bewijzen. Dit schrijft de Eindhovense huisarts Luc Harms in zijn proefschrift waarop hij in december 1994 aan de Vrije Universiteit in Amsterdam promoveerde.

Van de factoren die het risico op een hartinfarct vergroten behoort een verhoogde bloeddruk naast roken en een verstoorde vetstofwisseling tot de prominentste. Roken kan met enig doorzettingsvermogen worden gestaakt, door verbetering van het dieet kan de cholesterolspiegel worden beïnvloed. Eveneens

door dieet, aangevuld met medicatie, kan worden bereikt dat de bloeddruk binnen aanvaardbare waarden blijft.

In 1978 was in Eindhoven een gezondheidscentrum bestaande uit vier huisartspraktijken begonnen met een systematische en geformaliseerde opsporing, behandeling en follow-up van patiënten met een duidelijk verhoogde bloeddruk. De desbetreffende huisartsen, ondersteund door een diagnostisch centrum, richtten zich allereerst op de verhoogde bloeddruk, maar aan de hand van deze uitlagen spoorden ze eveneens andere risicofactoren op (te hoog cholesterolgehalte, roken, stress, overgewicht en vergroting van de linkerhartkamer). Na de opsporing begonnen ze met de behandeling van de verhoogde bloeddruk, terwijl door regelmatig follow-up onderzoek de gang van zaken werd bijgehouden. Ook het effect van stoppen met de medicatie werd in het onderzoek opgenomen.

Als grootste succes mag gelden dat na vijftien jaar van opsporing, behandeling en follow-up van deze geselecteerde hypertensie-patiënten (240 patiënten of wel 2.628 patiëntjaren, wat neerkomt op een gemiddelde van 11 jaar per patiënt) de cardiovasculaire aandoeningen met meer dan 50% daalden, dit in vergelijking tot een groep die niet systematisch werd behandeld en gecontroleerd. Anders gezegd: bij meer dan 50% van

de patiënten waren hart- en vaatziekten voorkómen.

Het onderzoek waaruit dit blijkt werd uitgevoerd door het EMGO-instituut en door de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuiskunde van de Vrije Universiteit.

Actuele informatie

Wisseling van de wacht bij de Doktersnachtdienst

Huisarts J.F. Burger ontving op 10 januari 1995 de Stadspenning van de gemeente Den Haag uit handen van wethouder drs J.J. Luijten van Welzijn, Gezondheid, Sport en Recreatie. De heer Burger kreeg de penning voor zijn formidabele en pro deo inzet voor de Doktersnachtdienst. Sinds 1970 was hij voorzitter van de Doktersnachtdienst en de wijze waarop hij deze heeft bestuurd en gemaakt tot wat de dienst heden is, verdient alle lof.

Per 1 januari 1995 heeft de heer Burger zijn praktijk en het voorzitterschap van de Doktersnachtdienst neergelegd.

Bij de Doktersnachtdienst wordt hij opgevolgd door huisarts A.J. Ongkiehong en in zijn huisartspraktijk door zijn zoon, F.J. Burger.

We wensen de heer Burger alle goeds in zijn ambteloos bestaan.

Voorlichting

Hulp aan nabestaanden

In een proces van rouwverwerking is het erg belangrijk steun te krijgen van familieleden, vrienden en kennissen. Maar het kan zeker zo belangrijk zijn om ook met lotgenoten, die soortgelijke ervaringen hebben, te praten en emoties te delen. Vaak als geen andere weten ze wat het betekent om, soms na langdurig voor iemand te hebben gezorgd, afscheid te moeten nemen.

Patiëntenverenigingen van (chronisch) zieken hebben een belangrijke taak om lotgenoten bij elkaar te brengen en ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld door middel van huisbezoeken en groepsvoorlichtingsbijeenkomsten.

Het boekje 'Hulp aan nabestaanden; voorlichting en begeleiding door een patiëntenvereniging' is interessant voor patiëntenverenigingen die voorlichting en begeleiding geven bij hulp aan mensen in een rouwproces. Daarnaast stimuleert het boekje zorgverleners, die vanuit hun professie regelmatig met de dood worden geconfronteerd, nabestaanden te wijzen op het werk van patiëntenverenigingen.

Het boekje 'Hulp aan nabestaanden; voorlichting en begeleiding door een patiëntenvereniging' kost f 22,50 (inclusief porto).

Het is verkrijgbaar bij het Landelijk Centrum GVO; tel. 030 - 97 11 60, fax 030 - 97 11 66.

Aangifte infectieziekten

Op pag. 28 geven we een overzicht van de aangifte infectieziekten in de drie regiogebieden Den Haag, Rijswijk en West-Holland (Voorburg/Leidschendam/Wassenaar/Zoetermeer). In dit maartnummer wordt de opgave per regio gespecificeerd.

Draagt u zorg voor een tijdige en juiste aangifte van de infectieziekten die zich in uw praktijk voordoen?

Onderstaand volgt enige casuïstiek van de Haagse opgave over het vierde kwartaal 1994.

Er werden 2 meningococcus-patiënten gemeld, een baby en een volwassen vrouw. In beide gevallen kregen de familieleden profylaxe toegediend.

Het mazelen-patiëntje was niet gevaccineerd en had de besmetting via een broertje (gemeld in het vorige kwartaal) opgelopen.

Het pertussis-patiëntje was niet gevaccineerd.

Van de 2 gemelde hepatitis B-patiënten was de bron van de één onbekend en van de ander seksueel contact.

Van de 35 gemelde hepatitis A-patiënten werd de meeste besmetting veelal tijdens de vakantie in het buitenland opgedaan, onder andere in Marokko, Turkije, India en Pakistan. Eén besmetting vond plaats via familieleden.

Van de 9 gemelde dysenteria bacillaris-patiënten liepen 7

hun besmetting op in het buitenland, onder andere in Egypte, Bosnië, Turkije en Marokko. Van 2 patiënten bleef de bron onbekend.

Er werden 47 scabies-patiënten gemeld. Hiervan waren veel besmettingen via huisgenoten, maar ook bij asielzoekers die na een lange reis in ons land aankwamen.

Er werd 1 ornithosis-patiënt gemeld. Hiervoor werd de Veterinaire Inspectie gewaarschuwd.

Er werden 5 malaria-patiënten gemeld, onder andere met malaria vivax en malaria tropica. De meeste patiënten hadden tijdens hun vakantie geen profylaxe genomen. De vakantielanden waren Nigeria, Liberia, India, Kameroen en Ghana. De patiënt die naar Ghana was geweest had zijn kuur helemaal afgemaakt, maar kreeg toch malaria.

Van de gemelde legionella pneumonie-patiënt bleef de bron onbekend.

Er werden 3 patiënten met voedselvergiftiging gemeld. In twee gevallen werd de Keuringsdienst van Waren ingeschakeld.

De febris typhoidea-patiënt liep de besmetting op in Pakistan.

De paratyphus B-patiënt liep de besmetting op tijdens vakantie in Turkije.

Aan deze rubriek werkten mee:
Mw. J.C. Leegsma (GGD, Rijswijk);
Mw. W.J.J. Ong-de Jongste;
Mw. G.J. Wijkmans;
K.B. Yap (GGD, West-Holland).

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

Aangifte infectieziekten naar meest voorkomende besmettingsbron en onderverdeeld naar *voornaamste* besmettingsweg

bron	besmettingsweg	ziekte	1993				1994				1994				
			Den Haag	West-Holland	Rijs-wijk	totaal regio	Den Haag	West-Holland	Rijs-wijk	totaal regio	1e kw. regio	2e kw. regio	3e kw. regio	4e kw. regio	
mens	inhalatie	difterie (B)													
		lepra (B)													
		meningococcosis (B) *	8	5	1	14	7	11		18	6	4	3	5	
		morbilli (B)		2	2	4	99		1	100		69	30	1	
		(atyp.) pertussis (B) **	3	1		4	4	12		16		4	8	4	
		rubella (B)		1		1	1			1	1				
		tuberculosis (B)	117	7	1	125	92	14		106	25	32	18	31	
		parotitis epidemica (C)					4			4	4				
		sexueel contact	gonorrhoea (C)	149	2		151	133	1		134	37	30	38	29
			syphilis prim./sec. (C)	14		1	15	17			17	1	4	2	10
			syphilis congenita (C)												
		sexueel contact/bloed	hepatitis B (B) 1	4			4	3	5		8		1	2	5
			HIV-infectie/Aids (1) ***	27			27	27			27	1	3	20	3
		faecaal-oraal	poliomyelitis (A) (2)												
			hepatitis A (B) (3)	38	12	1	51	51	8		59	10	6	2	41
dysenteria bacillaris (B) (3)	26		4		30	23	7	1	31	3		16	12		
huid/kleding/bed	scabies (B) (4)	121	3		124	111	8		119	32	24	14	49		
dier	inhalatie (faecaal metaeriaal)	ornithosis/psittacosis (B)	2	1		3	1		1				1		
		Q-fever (B) (5)	2			2			1	1			1		
	insectebeet	lassakoorts e.a. vormen van Afr. vir. haem. koorts (A)													
		febris recurrens (B)													
		gele koorts (B)													
		malaria (B)	10	2		12	16	3		19	4	4	5	6	
		typhus exanthematicus (B)													
	beet/speeksel	rabies (A)													
		pest (A)													
	santaking	anthrax (B)													
		tularemia (B)													
		brucellosis (B) (5)													
omgeving	inhalatie	legionella pneumonie (B)		2		2	2		1	3		1		2	
		consumptie													
		cholera (B)													
		trichinosis (B)													
		voedselvergiftiging (B)	4	2	8	14	25	6	4	35	17	4	9	5	
		febris typhoides (A)	4	1		5	4		4	2		1	1		
		psatyfus B (B)	2			2	2		2		1		1		
		botulisme (B) (6)													
contact (water/grond/dier)	leptospirosis (B)	1			1	2		2			2				
wondcontact (water/grond/beet)	tetanus (B)														
totaal			505	45	14	564	597	75	8	680	142	184	150	204	

- (A) (B) (C) traditionele categorie-aanduiding (2) ook aerogene besmetting
 * samenvoeging meningitis cer. epid. en men. sepsis (3) ook besmetting via water/voedsel
 ** samenvoeging pertussis en atypische pertussis (4) soms besmetting via beddegoed
 *** niet aangifteplichtig, bekend bij de GGD (5) ook besmetting door consumptie rauwe melk(producten)
 (1) ook besmetting door medisch handelen/prikaccidenten (6) ook wondbesmetting