

Rapport

Signalement Mondzorg 2013 – Mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdige verzekerden

Op 10 juni 2013 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i> <i>Afdeling</i> <i>Auteurs</i>	2013042214 ZORG-ZA drs. E.J.A.A. Abbink en dr. J. den Dekker
<i>Telefoonnummer</i>	Tel. (020) 797 85 55

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Preventief tandheelkundig gedrag
5	3. Mondgezondheid
5	3.a. Klinisch mondonderzoek
6	3.b. Gaaf gebit, cariëserving en verzorgingsgraad vergeleken in de tijd
8	4. Determinanten van cariëserving
9	5. Mondgezondheid en preventief gedrag van 21-jarigen
10	6. Vergelijking in de tijd
12	7. Kosten mondzorg
14	8. Discussie en conclusie

Bijlage(n)

Consultatie belanghebbende partijen

Kies voor tanden - Een onderzoek naar mondgezondheid en preventief
tandheelkundig gedrag van jeugdigen

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met de heer drs. S. van de Scheur.

Samenvatting

Het voorliggende Signalement Mondzorg 2013 gaat over de ontwikkeling van de mondgezondheid van jeugdige verzekerden in de leeftijd van 5, 11, 17, 21 en 23 jaar. Centraal staat daarbij de vraag in hoeverre er sprake is van een goede mondgezondheid en van mondzorg die voor iedere verzekerde toegankelijk is.

De cariëserving¹ kan gezien worden als een van de belangrijkste indicatoren voor de mondgezondheid. Uit het onderzoek blijkt dat ook in 2011 cariës nog steeds veel voor komt bij jeugdigen in Nederland. De cariëserving varieert van 27% bij 11-jarigen tot 84% bij 23 jarigen. In 2011 is de mondgezondheid, kijkend naar de cariëserving, in alle leeftijdsgroepen verbeterd ten opzichte van 2005.

Verbeteringen treden, grofweg gesproken, het eerste op bij de hoogopgeleiden, zich uitend in een lager DMF-getal², dan volgen de laagopgeleiden. Tegelijkertijd neemt het percentage cariësvrije personen toe in de hoogopgeleide groep, deze ontwikkeling wordt ook weer in de tijd gevolgd door de laagopgeleiden.

Een groot deel van de Nederlandse jeugd heeft echter nog steeds met (de gevolgen van) cariës te maken. Het blijft daarom van belang dat de jeugdgezondheidszorg, tandartsen, mondhygiënist en andere zorgverleners zich inspannen om de mondgezondheid van de jeugd en jongvolwassenen in Nederland te waarborgen en te bevorderen.

De kosten van de mondzorg zijn tussen 2007 en 2011 met ruim een derde gestegen. Voor een klein deel kan de stijging van de kosten worden verklaard uit de stijging van de tarieven voor de mondzorg. Uit gegevens die het CVZ ter beschikking staan wordt niet duidelijk of de stijging van de kosten is te verklaren uit een toename van het volume, duurdere behandelingen of andere factoren.

¹ De aan- of afwezigheid van cariës.

² Ter aanduiding van de mate waarin in een gebit behandelde of onbehandelde cariës wordt aangetroffen, wordt internationaal de DMFT-index (T=teeth, op gebitselementniveau) of de DMFS-index (S=surfaces, op tandvlakniveau) gehanteerd. De DMF-index bestaat uit de som van het aantal tandvlakken of elementen met onbehandelde cariës (D=Decayed), het aantal vlakken of elementen met een restauratie (F=Filled) en het totaal aantal geëxtraheerde vlakken of elementen (M=Missing). Een DMF (of dmf in geval van een melkgebit) score gelijk nul, betekent dus dat het gebit gaaf is.

1. Inleiding

In het voorliggende Signalement Mondzorg 2013 gaat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in op de ontwikkeling van de mondgezondheid en preventief tandheelkundige gedrag van jeugdige verzekerden van 5, 11, 17, 21 en 23 jaar.

Het Signalement Mondzorg 2013 is het zesde signalement dat we over de mondzorg uitbrengen.

In vrijwel alle signalementen hebben we gerapporteerd over de mondgezondheid en preventief tandheelkundige gedrag van jeugdige verzekerden.

Achtergrond

In 1987, 1990, 1993, 1996, 1999, 2003, 2005 en 2009 werd door TNO, in opdracht van het CVZ, onderzoek uitgevoerd naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden (van 5 tot 23 jaar), alsmede naar het gedrag en de opvattingen die daarop van invloed zijn. In die jaren zijn ingrijpende wijzigingen aangebracht in de aanspraak op tandheelkundige zorg. Zo werd in 1995 de tandheelkundige hulp voor volwassenen grotendeels uit het pakket verwijderd. Een belangrijk uitgangspunt voor de minister van VWS was daarbij dat wanneer jongeren op 18-jarige leeftijd de volwassenheid binnenstappen, de mondgezondheid over het algemeen zo goed is dat de kosten van tandheelkundige hulp te overzien zijn. Het is van belang te onderzoeken of de mondgezondheid van jeugdigen aan dit uitgangspunt blijft voldoen.

Zorgverzekeringswet

In 2006 werd opnieuw een ingrijpende wijziging in het stelsel van zorgverzekeringen aangebracht met de invoering van de Zorgverzekeringswet. Toen kwam er een basisverzekering voor iedereen en verviel het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Vanaf de meting van 2009 zijn zowel voormalige ziekenfonds- als particuliere verzekerden betrokken. Om toch de trends in mondgezondheid door de jaren heen te kunnen beschrijven is besloten om de resultaten te stratificeren naar sociaaleconomische status (SES), gedefinieerd naar opleidingsniveau.

Eerdere onderzoeken

Onderzoek naar de mondgezondheid en preventief tandheelkundige gedrag van jeugdige verzekerden bestaat uit twee meetrondes. De eerste meetronde heeft betrekking op 8, 14 en 20 jarigen³, de tweede meetronde heeft betrekking op 5, 11 17 en 23 jarigen. Elke meetronde vindt om de drie jaar plaats.

Hieronder een overzicht van eerdere signalementen en de leeftijdsgroepen waarop de signalementen betrekking hadden.

³ In afwijking van deze leeftijdsgroepen hadden de Signalementen Mondzorg 2004 en 2011 betrekking op de leeftijdsgroepen 9, 15 en 21 jaar. Reden hiervoor is dat de onderzoeken een jaar later zijn uitgevoerd.

- Signalement Mondzorg –
Evaluatie beperking
aanspraak tandheelkunde: 8, 14 en 20 jarigen
5, 11, 17 en 23 jarigen.
- Signalement Mondzorg 2004: 9, 15 en 21 jarigen.
- Signalement Mondzorg 2007: 5, 11, 17 en 23 jarigen.
- Signalement Mondzorg 2011: 9, 15 en 21 jarigen.

Onderzoek

Het voorliggende signalement heeft betrekking op onderzoek dat in 2011 is uitgevoerd onder 5, 11, 17, (21) en 23 jarigen, die in Alphen aan de Rijn, Gouda, Den Bosch of Breda woonden. De steekproef werd getrokken uit de Gemeentelijke Basis Administratie van de betreffende gemeenten. Met ingang van 2008 werd de leeftijdsgrens voor het recht op mondzorg voor jeugdige verzekerden verhoogd van 18 naar 22 jaar. Om mogelijke gevolgen van deze maatregel in beeld te brengen is in deze meting ook onderzoek gedaan naar de mondgezondheid en het preventief gedrag van 21-jarigen. Op advies van het CVZ is de leeftijd met ingang van 2011 weer op 18 jaar gesteld en geldt dat jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg tot 18 jaar.

De doelstellingen van het onderzoek waren:

1. Het beschrijven van de status van de mondgezondheid van jeugdigen van 5, 11, 17 en 23 jaar, anno 2011, naar sociaaleconomische status.
2. Het beschrijven van het tandheelkundig preventief gedrag van jeugdigen van 5, 11, 17 en 23 jaar, anno 2011, naar sociaaleconomische status.
3. Het beschrijven van trends in mondgezondheid ten opzichte van het onderzoek in 2005.
4. Inzicht krijgen in determinanten van mondgezondheid bij jeugdigen van 5, 11, 17 en 23 jaar.
5. Het beschrijven van trends in mondgezondheid en preventief gedrag van 21-jarigen ten opzichte van het onderzoek in 2009.

Het onderzoek betrof jeugdigen in Alphen aan den Rijn, Gouda, Breda en Den Bosch. In deze plaatsen vonden ook de voorgaande onderzoeken plaats. Het onderzoek bestond uit een vragenlijst en klinisch mondonderzoek.

2. Preventief tandheelkundig gedrag

Bij preventief tandheelkundig gedrag gaat het om mondhygiënische zelfzorg, voedingsgedrag en de frequentie van het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek bij tandarts of mondhygiënist.

Zelfzorg

Onder mondhygiënische zelfzorg wordt verstaan de frequentie van tandenpoetsen per dag, napoetsen van het gebit van de jeugdige door een ouder/verzorger en het gebruik van overige (inter)dentale hulpmiddelen als floss, tandenstokers, tandenragers en mondspoelmiddel.

Ten aanzien van de zelfzorg voldeed rond driekwart van de 5-jarigen, 80% van de 11-jarigen, 70 % van de 17-jarigen en driekwart van de 23-jarigen aan het advies van het Ivoren Kruis om tweemaal daags te poetsen. Bij de 17-jarigen poetsten jeugdigen uit de hoge SES groep vaker tweemaal per dag. De helft van de ouders van de 5-jarigen zei te voldoen aan het advies over napoetsen van het gebit van hun kind.

Voedingsgedrag

Tijdens ieder eet- of drinkmoment waarbij iets anders wordt genuttigd dan water of koffie/thee zonder suiker, daalt de pH in de mond onder de kritische waarde van 5,5, waardoor demineralisatie van het tandglazuur optreedt. Na het eten of drinken zal de pH door de bufferende werking van het speeksel langzaam weer stijgen en treedt het proces van remineralisatie op. Het is daarom van belang niet te frequent of gedurende langere tijd voedsel of dranken te nuttigen. Het Ivoren Kruis adviseert ook tot maximaal 7 eet- en drinkmomenten per dag.

Jeugdigen van 5, 11 en 17 jaar uit de lage SES groep kenden vaker 8 of meer eet- en drinkmomenten dan leeftijdgenoten uit de hoge SES groep. Bij de 23-jarigen was geen verschil tussen de SES groepen. Hoe ouder de jeugdigen, des te minder vaak werd er ontbeten. In de lage SES groep werd minder vaak ontbeten dan in de hoge.

Tandartsbezoek

Het Ivoren Kruis adviseert van oudsher om vanaf de leeftijd van twee jaar tweemaal jaarlijks voor controle naar de tandarts of mondhygiënist te gaan. In de richtlijn Mondzorg voor jeugdigen wordt aanbevolen de termijn tussen twee opeenvolgende periodieke controles individueel te bepalen. Ruim 90% van de jeugdigen was in het afgelopen jaar op controle geweest bij de tandarts of mondhygiënist. Het aantal ouders van 5- en 11-jarigen dat aangaf tweemaal per jaar voor controle naar de tandarts te gaan was in beide SES groepen hoog (77-94%). Een oplopend percentage (tot 30% bij de 23-jarigen in de hoge SES groep) was niet tweemaal per jaar geweest. Wanneer iemand korter dan 2 jaar bij de huidige tandarts in de praktijk was, werd gevraagd naar de reden hiervoor. Het ging hier om 6-21% van de jeugdigen. De meest genoemde reden (tot 35%) was ontevredenheid met de vorige

tandarts over bejegening, communicatie en/of behandeling. Tussen 3 en 9% van de jeugdigen bleek angst voor tandheelkundige behandeling te hebben. Bij de 17- en 23-jarigen waren jongeren uit de lage SES groep meer angstig dan jongeren uit de hoge groep. In alle leeftijdsgroepen waren de (ouders van de) jeugdigen over het algemeen tevreden over de verleende mondzorg, behalve over de communicatie over de kosten. Hier was geen verschil tussen de SES groepen.

3. Mondgezondheid

Dit hoofdstuk gaat over het klinisch mondonderzoek.

In de komende paragraaf gaan we in op de aanwezigheid en globale toestand van de gebitselementen, gebitsslijtage, tandplak en tandsteen, klachten over het kaakgewricht, tandstand, piercings.

In de daarop volgende paragraaf komen de onderwerpen gaaf gebit, cariëserving⁴ en verzorgingsgraad aan de orde en maken we een vergelijking met de meeting uit 2005.

3.a. Klinisch mondonderzoek

Aantal elementen	Er zijn tussen de SES groepen geen verschillen tussen aantal aanwezige melkelementen en blijvende gebitselementen in de verschillende leeftijdsgroepen. Bij de 17- en 23-jarigen is het blijvend gebit nagenoeg bij iedereen volledig aanwezig.
Gebitsslijtage	De registratie van gebitsslijtage betrof de ernstigere gevallen van gebitsslijtage die gezien de leeftijd van de proefpersonen niet tot de fysiologische slijtage behoorden. Glazuurverlies waarbij het dentine zichtbaar was, werd gedefinieerd als niet-fysiologische (dus pathologische) gebitsslijtage. Van de 11-jarigen had 2-4% tekenen van gebitsslijtage waarbij minstens een derde deel van het dentine⁵ zichtbaar was, van de 17-jarigen was dat bij 18-23% en bij de 23-jarigen was dat, ongeacht SES bij 25%.
Tandplaque	Ongeveer twee derde van de 11- en 17-jarigen, en 50-60% van de 23-jarigen heeft een of meer sealants⁶. Hier is geen verschil tussen de SES groepen. Wanneer men aanneemt dat een geringe hoeveelheid tandplaque op een element niet schadelijk is, kunnen tandvlakken die voor minder dan een derde deel met plaque bedekt zijn als voldoende schoon aanmerken. Bij de 5-jarigen voldeed ongeveer twee derde, bij de 11-jarigen rond de helft, en bij de 17- en 23-jarigen 72-87% aan dit criterium. Bij de 5-17- en 23-jarigen werd in de lage SES groep slechter gescoord dan in de hoge SES groep.
Kaakgewricht	Circa 11% van de 17-jarigen en 17% van de 23-jarigen gaf aan last te hebben van knarsen; 5-6% had last van kaakgewrichtspijn bij bepaalde bewegingen.
Tandstand	Ruim de helft van de 11-jarigen zei tevreden te zijn met hun tandstand. Bij de 17- en 23-jarigen was een ruime meerderheid tevreden hierover. Bij de 23-jarigen waren jongeren uit de lage SES groep minder tevreden dan jongeren uit de hoge SES

⁴ De aan- of afwezigheid van cariës.

⁵ Dentine of tandbeen is een gecalcificeerd weefsel waaruit tanden zijn opgebouwd. Het betreft de binnenste en dikste laag direct over de pulpa en onder het glazuur.

⁶ Sealants zijn afdichtingen van groefjes en putjes in tanden en kiezen. Sealen gebeurt met een kunststoflak.

groep. Meer dan de helft van de 17- en 23-jarigen had een beugel (gehad). Er bleek geen verschil te zijn in tevredenheid tussen jongeren die wel en geen beugel hadden gedragen.

Lip- en tongpiercings

Ongeveer 3% van de 17-jarigen en 8% van de 23-jarigen draagt een lip- of tongpiercing; bij 5- en 11-jarigen werden geen piercings aangetroffen. Piercings komen vaker voor in de lage SES groep.

3.b. Gaaf gebit, cariëservaring en verzorgingsgraad vergeleken in de tijd

5-jarigen

Van de 5-jarigen heeft 57% uit de lage SES groep en 70% uit de hoge SES groep een gaaf melkgebit; een significant verschil. Sinds 2005 is in de hoge SES groep het aantal kinderen met een gaaf melkgebit toegenomen; in de lage SES groep niet. In de lage SES groep is bij jeugdigen met cariëservaring wel het aantal carieuze en ontbrekende melkelementen lager dan in 2005; in de hoge SES groep is op dit punt geen verschil gevonden. De verzorgingsgraad (het percentage carieuze laesies dat gevuld is) van 5-jarigen is gestegen van minder van 20% in 2005 tot ruim 40% in 2011.

11-jarigen

Onder de 11-jarigen heeft in 2011 in beide SES groepen rond 80% een gaaf blijvend gebit; een toename sinds 2005. Sinds 2005 is in de lage SES groep het aantal carieuze en gevulde gebitselementen gedaald; in de hoge SES groep is op dit punt geen verschil. In 2011 hebben 11-jarigen uit de lage SES groep nog steeds meer carieuze elementen dan 11-jarigen uit de hoge SES groep. De verzorgingsgraad is in 2011 gestegen tot 60%. Deze stijging kan geheel worden toegeschreven aan de hoge SES groep; de lage SES groep kent meer onbehandelde cariës.

17-jarigen

Bij de 17-jarigen is in beide SES groepen het percentage gave gebitten in 2011 gestegen ten opzichte van 2005; de hoge SES groep doet het nog steeds beter dan de lage (47% tegen 33%). In beide groepen komen in 2011 minder carieuze laesies voor; in de lage SES groep bovendien minder restauraties. De verzorgingsgraad bedraagt in beide SES groepen 75%.

23-jarigen

Van de 23-jarigen is in beide SES groepen het percentage gave gebitten in 2011 gelijk gebleven ten opzichte van 2005, bij de lage groep rond 10% en bij de hoge rond 20%. In de lage SES groep komen meer carieuze, gevulde en ontbrekende elementen voor dan in de hoge groep. De hoge SES groep heeft in 2011 minder carieuze en gevulde elementen dan in 2005; bij de lage SES groep is op dit punt geen verschil in de tijd. De verzorgingsgraad bedraagt in beide SES groepen 83%. Op verzoek van het CVZ heeft TNO nadere analyses uitgevoerd om vast te stellen of de verschillen tussen de SES-groepen toe- of afnemen.

In 2011 is de mondgezondheid, kijkend naar de

cariëservaring, in alle leeftijdsgroepen verbeterd ten opzichte van 2005.

Uit de nadere analyse blijkt dat de lage SES 23-jarigen noch verbeteren noch verslechteren.

Voor de 5- en 23-jarigen geldt dat de mondgezondheid van de hoog opgeleiden sneller de goede kant op gaat dan de lage SES. Voor de 11 jarigen en 17-jarigen treden de verbeteringen in de mondgezondheid voor de lage en hoge SES nagenoeg even snel op.

4. Determinanten van cariëserving

Onderzocht is in hoeverre een aantal achtergrondkenmerken en intermediaire factoren afzonderlijk en tezamen van invloed waren op het percentage jeugdigen met een gaaf gebit en op de hoeveelheid cariëserving van degenen die geen gaaf gebit hadden.

Het gaat hierbij om hypothesevormende analyses en laten geen causale uitspraken toe.

De achtergrondkenmerken waren: opleidingsniveau (hoog versus laag; bij 5- en 11-jarigen dat van de moeder; bij 17- en 23-jarigen dat van de respondent zelf), geslacht, en etniciteit (allochtoon versus autochtoon; bij 5- en 11-jarigen van de moeder; bij 17- en 23-jarigen tevens van de respondent zelf). Mogelijk mediërend waren de volgende factoren: frequentie van tandenpoetsen (1 maal dagelijks of minder frequent, versus vaker), frequentie van napoetsen (alleen bij 5-jarigen; 1 maal dagelijks of minder frequent, versus vaker), ontbijtfrequentie (meer dan vijfmaal per week versus minder frequent) en het aantal eet-/drinkmomenten (7 maal dagelijks of minder, versus frequenter dan 7 maal; frequentie van tandartsbezoek (2 maal jaarlijks, 1 maal jaarlijks, minder frequent) ernstige angst voor de tandheelkundige behandeling.

5-jarigen

Bij de 5-jarigen is de enige significante determinant de etniciteit van de moeder. Kinderen van allochtone moeders hebben minder gaven gebitten en een hoger dmf-getal⁷.

11-jarigen

Bij het blijvende gebit van 11-jarigen is de ontbijtfrequentie de enige significante determinant van een gaaf gebit. Kinderen die vaker per week ontbijten hebben vaker een gaaf gebit. Frequentie van tandartsbezoek is de enige determinant van het DMF-getal; jongeren die vaker de tandarts bezoeken hebben een lager DMF-getal.

17-jarigen

Bij de 17-jarigen kan geen determinant van een gaaf gebit gevonden worden. Frequentie van tandartsbezoek is de enige determinant van het DMF-getal; jongeren die vaker de tandarts bezoeken hebben een hoger DMF-getal.

23-jarigen

Onder de 23-jarigen is alleen het opleidingsniveau van de jongvolwassene een determinant voor een gaaf gebit; hoger opgeleiden hebben vaker een gaaf gebit. Determinanten voor het DMF-getal zijn opleiding en roken; lager opgeleiden en zij die vaker roken hebben een hoger DMF-getal.

⁷ Ter aanduiding van de mate waarin in een gebit behandelde of onbehandelde cariës wordt aangetroffen, wordt internationaal de DMFT-index (T=teeth, op gebitselementniveau) of de DMFS-index (S=surfaces, op tandvlakniveau)

De DMF-index bestaat uit de som van het aantal tandvlakken of elementen met onbehandelde cariës (D=Decayed), het aantal vlakken of elementen met een restauratie (F=Filled) en het totaal aantal geëxtraheerde vlakken of elementen (M=Missing). Een DMF (of dmf in geval van een melkgebit) score gelijk nul, betekent dus dat het gebit gaaf is.

5. Mondgezondheid en preventief gedrag van 21-jarigen

Tussen 2008 en 2011 hadden jeugdigen tot 22 jaar recht op mondzorg, in plaats van tot 18 jaar. Om mogelijke gevolgen van deze maatregel in beeld te brengen is in 2011 een meting uitgevoerd onder 21-jarigen; de resultaten zijn vergeleken met de meting onder 21-jarigen uit 2009.

Tussen 2009 en 2011 zijn er geen verschillen in de frequentie van tandenpoetsen en het gebruik van hulpmiddelen als tandenstokers en ragers. Wel worden vaker mondspoelmiddelen gebruikt. Hoogopgeleiden ontbijten met meer regelmaat.

In 2011 zijn er meer 21-jarigen met een cariësvrij gebit dan in 2009. In de lage SES groep komen meer aangetaste en gevulde gebitselementen voor dan in de hoge SES groep. In de hoge SES groep is het aantal aangetaste elementen gedaald, in de lage SES groep niet.

6. Vergelijking in de tijd

De ontwikkeling van belangrijke kengetallen (het percentage gave gebitten, de dmfs/DMFS score en de verzorgingsgraad) is opgenomen in de tabellen 1, 2 en 3.

Met betrekking tot de klinische variabelen zijn de DMF en de verzorgingsgraad geconstrueerd. De DMF-index bestaat uit de som van het aantal tandvlakken of elementen met onbehandelde cariës (D=Decayed), het aantal vlakken of restauraties met een restauratie (F=Filled) en het totaal aantal geëxtraheerde vlakken of elementen (M=Missing). De restauratieve verzorgingsgraad is een maat die aangeeft hoe groot het aantal gerestaureerde caviteiten is ten opzichte van het totaal aantal te restaureren en gerestaureerde caviteiten.

Tabel 6.1
Gaaf gebit

Percentage jeugdigen met een gaaf gebit.

Jaar Leeftijd	'87	'90	'93	'96	'99	'02/'03	'05	'09	'11
5	51	-	55	-	51	-	44	-	59
8/9	-	31	-	37	-	31	-	42	-
8/9	-	75	-	73	-	72	-	79	-
11	38	-	53	-	55	-	53	-	73
14/15	-	28	-	40	-	33	-	44	-
17	8	-	19	-	21	-	29	-	39
20/21	-	6	-	15	-	19	-	18	-
23	1	-	6	-	11	-	14	-	16

De percentages over het melkgebit zijn cursief weergegeven.

Tabel 6.2
dmfs/DMFS

Gemiddelde aantallen dmfs/DMFS bij jeugdigen.

Jaar Leeftijd	'87	'90	'93	'96	'99	'02/'03	'05	'09	'11
5	3,8	-	3,0	-	4,0	-	4,6	-	2,2
8/9	-	6,6	-	5,8	-	6,2	-	3,9	-
8/9	-	0,6	-	0,7	-	0,8	-	0,5	-
11	2,7	-	1,5	-	1,4	-	1,7	-	0,7
14/15	-	4,8	-	3,2	-	3,7	-	2,4	-
17	11,5	-	7,3	-	5,8	-	5,3	-	3,3
20/21	-	13,4	-	10,7	-	8,0	-	7,7	-
23	28,6	-	16,9	-	12,8	-	10,8	-	8,0

De aantallen dmfs zijn cursief weergegeven.

Tabel 6.3
Verzorgingsgraad

Verzorgingsgraad van het gebit van jongeren. Boven de stippellijn betreffen de cijfers het melkgebit, eronder het blijvend gebit.

Jaar Leeftijd	'87	'90	'93	'96	'99	'02/'03	'05	'09	'11
5	26	-	24	-	14	-	17	-	41
8/9	-	49	-	54	-	49	-	62	-
8/9	-	46	-	44	-	57	-	67	-
11	69	-	71	-	44	-	51	-	60
14/15	-	75	-	74	-	62	-	70	-
17	80	-	85	-	64	-	73	-	75
20/21	-	87	-	86	-	69	-	79	-
23	86	-	91	-	76	-	77	-	83

De verzorgingsgraad van het melkgebit is cursief weergegeven.

Van de 5-jarigen heeft 41% cariëserving. De lage SES groep heeft meer cariës dan de hoge SES groep, maar in beide groepen is de situatie verbeterd. Van de 11-jarigen heeft circa 27% cariëserving in het blijvende gebit.

Onder 17-jarigen is dit 61% en bij 23-jarigen 84%. Op alle leeftijden blijft het verschil in mondgezondheid tussen de hoge en de lage SES groepen bestaan. In beide groepen is wel verbetering opgetreden sinds 2005, behalve bij de 23-jarigen uit de lage SES groep. Verder neemt de gebitsslijtage fors toe met de leeftijd: van 2-4% op 11-jarige leeftijd tot 20% van de 17-jarigen en 25% van de 23-jarigen.

7. Kosten mondzorg

In dit hoofdstuk zijn de kosten voor de mondzorg voor jeugdige verzekerden opgenomen van de periode 2007 tot en met 2011. Het gaat hier alleen over zorgkosten in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het CVZ ontvangt gegevens over de zorgkosten in de kwartaal- en jaarstaten van de zorgverzekeraars.

De hieronder gepresenteerde kosten zijn de kosten exclusief balanspost. Dit houdt in dat de kosten zijn gebaseerd op de feitelijk door de zorgverzekeraars ontvangen declaraties. Schattingen wat zorgverzekeraars nog verwachten uit te keren met betrekking tot een boekjaar zijn niet opgenomen.

In de periode 2008 tot en met 2010 gold de te verzekeren prestatie mondzorg voor jeugdige verzekerden tot tweeëntwintig jaar. Met ingang van 2011 geldt weer dat jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg tot 18 jaar. De tijdelijke uitbreiding tot 22 jaar is de belangrijkste reden voor de stijging van de uitgaven in 2008 en de daling in 2011. Zie tabel 7.1.

Tabel 7.1	2007	2008	2009	2010	2011
Kosten mondzorg jeugdige verzekerden					
Consultatie en diagnostiek	64,3	79,3	85,0	98,2	83,5
Röntgendiagnostiek	13,5	22,8	28,1	32,3	20,9
Preventie en mondhygiëne	50,4	64,1	78,7	86,3	77,7
Anesthesie	5,2	8,0	9,5	9,9	6,5
Restauratie met plastische materialen	79,9	109,4	128,6	132,5	96,7
Endodontie	5,4	10,8	13,0	13,1	6,3
Gnathologie	0,3	0,9	1,1	1,3	0,8
Chirurgie	5,8	7,9	9,5	10,2	8,2
Uitneembare prothetische voorzieningen	0,1	0,2	0,7	0,5	0,4
Parodontologie	1,2	3,0	4,3	5,2	3,4
Orale implantologie -Restauratie met niet-plastische materialen	0,2	3,2	1,6	1,6	0,9
Bijzondere tandheelkundige hulp ⁸	1,4	2,4	2,0	5,9	3,5
Bijzondere tandheelkundige hulp ⁹	2,9	4,0	4,4	1,7	1,6
Techniekkosten ¹⁰	0,7	-	-	-	-
TOTAAL	231,3	315,9	366,3	398,8	310,5
1=€ 1 miljoen					

⁸ Artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering.

⁹ Artikel 2.7, eerste lid, onder b en c van het Besluit zorgverzekering.

¹⁰ Met ingang van 2008 vraagt het CVZ de techniekkosten niet meer apart op, verzekeraars verantwoorden deze kosten bij de betreffende zorg.

Tabel 7.2	2007	2008	2009	2010	2011
Kosten mondzorg Jeugdige verzekerden					
Verzekerden tot 18 jaar	231,3	238,3	266,5	266,4	310,5
Verzekerden 18 t/m 21 jaar	-	77,6	99,8	132,4	-
Totaal	231,3	315,9	366,3	398,8	310,5

Procentuele verdeling kosten mondzorg Jeugdige verzekerden

In de onderstaande tabel is de procentuele verdeling van de kosten voor mondzorg voor jeugdige verzekerden weergegeven. De onderdelen Consultatie en diagnostiek, Preventie en mondhygiëne en Restauratie met plastische materialen hebben het grootste aandeel in de kosten van de mondzorg voor jeugdige verzekerden.

Uit de tabel blijkt dat het aandeel Consultatie en diagnostiek in de periode 2008-2010 een lichte daling liet zien. Het aandeel van de kosten voor het onderdeel Preventie en mondhygiëne laat in 2011 een toename zien en het aandeel van de kosten voor Restauratie met plastische materialen neemt in de periode 2007-2011 af.

Tabel 7.3	2007	2008	2009	2010	2011
Procentuele verdeling kosten mondzorg Jeugdige verzekerden					
Consultatie en diagnostiek	27,8	25,1	23,2	24,6	26,9
Röntgendiagnostiek	5,9	7,2	7,7	8,1	6,7
Preventie en mondhygiëne	21,8	20,3	21,5	21,6	25,0
Anesthesie	2,2	2,5	2,6	2,5	2,1
Restauratie met plastische materialen	34,5	34,6	35,1	33,2	31,2
Endodontie	2,3	3,4	3,6	3,3	2,0
Gnathologie	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
Chirurgie	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6
Uitneembare prothetische voorzieningen	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
Parodontologie	0,5	0,9	1,2	1,3	1,1
Orale implantologie -Restauratie met niet-plastische materialen	0,1	1,0	0,4	0,4	0,3
Bijzondere tandheelkundige hulp ¹¹	0,6	0,8	0,5	1,5	1,1
Bijzondere tandheelkundige hulp ¹²	1,3	1,3	1,2	0,4	0,5
Techniekkosten ¹³	0,3				
Totaal	100	100	100	100	100

¹¹ Artikel 2.7, eerste lid, onder a van het Besluit zorgverzekering.

¹² Artikel 2.7, eerste lid, onder b en c van het Besluit zorgverzekering.

¹³ Met ingang van 2008 vraagt het CVZ de techniekkosten niet meer apart op, verzekeraars verantwoorden deze kosten bij de betreffende zorg.

8. Discussie en conclusie

Mondgezondheid

Cariës is al decennia de meest voorkomende onomkeerbare gebitsaandoening bij jeugdigen. Ook in 2011 komt cariës nog steeds veel voor bij jeugdigen in Nederland.

Er zijn grote verschillen tussen jeugdigen met een hoge en een lage sociaal-economische status (SES). Onder de 11-jarigen heeft in beide groepen rond 80% een gaaf blijvend gebit. Bij 17-jarigen loopt dit terug tot 47% in de hoge en 33% in de lage SES-groep. Onder 23-jarigen heeft nog maar 20% in de hoge en 10% in de lage groep een gaaf gebit.

In 2011 is de mondgezondheid, kijkend naar de cariëserving, in alle leeftijdsgroepen verbeterd ten opzichte van 2005.

Bij de rapportage van de resultaten van het onderzoek uit 2005 heeft het CVZ, alsook in eerdere signaleringen, gewezen op het dalend aantal kinderen met een gaaf melkgebit en de lage verzorgingsgraad van de melkgebitten. Het onderzoek uit 2011 laat zien dat de mondgezondheid van 5-jarigen ten opzichte van het onderzoek uit 2005 is verbeterd.

De resultaten van het onderzoek uit 2005 waren aanleiding tot discussie bij beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen binnen de mondzorg. Er is de afgelopen periode veel aandacht geweest voor het melkgebit. Mogelijk effect van deze aandacht is de verbetering van de mondgezondheid van de 5-jarigen. Op initiatief van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde hebben een groot aantal organisaties gewerkt aan de totstandkoming van de richtlijn Mondzorg voor jeugdigen in 2012.

Verbeteringen treden het eerste op bij de hoogopgeleiden, zich uitend in een lager DMF-getal – zoals te zien is bij de 23-jarigen. Dan volgen de laagopgeleiden, en tegelijkertijd neemt het percentage cariësvrije personen toe in de hoogopgeleide groep – zoals te zien is bij de 5-jarigen. Deze ontwikkeling wordt ook weer in de tijd gevolgd door de laagopgeleiden, zoals gesignaleerd is bij de 17-jarigen. Als de cariëserving zo laag wordt als bij de 11-jarigen ligt de verbetering alleen nog in een toename van het percentage cariësvrije kinderen.

Determinanten van cariëservaring

Uit de beschrijving van de achtergrondkenmerken en mediërende¹⁴ factoren kan voorzichtig worden geconcludeerd dat bij de 5-jarigen, allochtone moeders gemiddeld wat lager opgeleid waren, dat deze kinderen wat minder frequent een ontbijt nuttigden en wat vaker meer dan 7 eet- en drinkmomenten dagelijks hadden. In initiatieven ter bevordering van de gezondheid van het gebit van 11-jarigen zou extra aandacht kunnen worden geschonken aan moeders van allochtone afkomst en aan moeders met een lage opleiding met betrekking tot het regelmatig laten ontbijten van hun kinderen, het aantal dagelijkse eet- en drinkmomenten te beperken en tweemaal daags hun tanden te laten poetsen. Bij de 17-jarigen bleken met betrekking tot mondgezondheid achtergrondvariabelen en angst voor de tandheelkundige behandeling van enige invloed en bij de 23-jarigen waren achtergrondvariabelen, en minder adequaat tandheelkundig preventief gedrag geassocieerd met cariëservaring, evenals onregelmatig ontbijten en roken.

21-jarigen

De verschillen in tandheelkundig preventief gedrag en mondgezondheid van 21 jarigen in 2009 en 2011 waren verwaarloosbaar klein. Zowel in 2009 als in 2011 wist een groot deel van de 21-jarigen niet of zij verzekerd waren voor mondzorg. Er kunnen geen uitspraken worden gedaan over de relatie tussen de uitkomsten van het onderzoek en de verhoging van de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg in de periode 2008-2011.

Doelmatigheid

De kosten van de mondzorg voor jeugdigen binnen de Zorgverzekeringswet zijn in de periode 2007-2011 gestegen met ruim een derde. In 2007 en 2011 was het pakket voor jeugdigen gelijkwaardig. In deze periode is de mondgezondheid van jeugdigen verbeterd. Dit roept de vraag op naar de doelmatigheid van de mondzorg. Het is moeilijk om de verbetering van de mondgezondheid te verklaren vanuit de kostenstijging.

Voor een klein deel kan de stijging van de kosten worden verklaard uit de stijging van de tarieven voor de mondzorg. Uit gegevens die het CVZ ter beschikking staan wordt niet duidelijk of de stijging van de kosten is te verklaren uit een toename van het volume, duurdere behandelingen of andere factoren.

Wij zien geleidelijk een relatieve daling van de kosten van restauratief ingrijpen en een relatieve stijging van de kosten van individuele preventie. Uit dit onderzoek blijkt evenwel dat de rol van tandartsbezoek als determinant van cariëservaring gering is.

¹⁴ Variabele die het verband tussen de twee variabelen verklaart.

Conclusie

In 2011 is de mondgezondheid, uitgedrukt in cariëservaring, in alle leeftijdsgroepen verbeterd ten opzichte van 2005.

Uit het onderzoek blijkt dat er in alle leeftijdsgroepen sociaaleconomische mondgezondheidsverschillen zijn.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt echter ook dat nog steeds een groot deel van de Nederlandse jeugd met (de gevolgen van) cariës te maken heeft. Het blijft daarom van belang dat de jeugdgezondheidszorg, tandartsen, mondhygiënist en andere zorgverleners zich inspannen om de mondgezondheid van de jeugd en jongvolwassenen in Nederland te waarborgen en te bevorderen.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Consultatie belanghebbende partijen

Het CVZ heeft het concept Signalement Mondzorg 2013 voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- College Adviserend Tandartsen (CAT)
- Ivoren Kruis
- JTV Mondzorgvoorkids
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugdtandzorg (NVIJ)
- Nederlands Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Het CVZ heeft reacties op het concept Signalement Mondzorg 2013 ontvangen van ANT, CAT, Ivoren Kruis, JTV Mondzorgvoorkids, NMT, NVM, en ZN.

In de volgende paragraaf ('Reacties belanghebbende partijen') zijn de ontvangen reacties weergegeven. Wanneer in die paragraaf gesproken wordt van 'wij', 'ons' e.d. heeft dat betrekking op de betreffende partij. In de paragraaf 'Commentaar op reacties van belanghebbende partijen' reageert het CVZ op de ontvangen reacties.

Reacties belanghebbende partijen

ANT

De ANT stelt met tevredenheid vast dat de mondgezondheid, kijkend naar de cariëserving, in alle leeftijdsgroepen verbeterd is ten op zichte van 2005.

Met name de stijging van de verzorgingsgraad van 20% naar 40% bij 5-jarigen is een mooi resultaat.

In het rapport wordt gesproken over kosten van de aangeboden zorg in relatie tot doelmatigheid. De ANT zou graag willen benadrukken dat we momenteel een systeem hebben waarbij de tarieven uniform zijn voor alle zorgconsumenten in Nederland. De hoogte en wijze van de vergoeding is ongeacht de leeftijd en ongeacht of het een verzekerde prestatie uit de basisverzekering betreft. Hierdoor kan beleid welke doelmatigheid bevordert in de jeugdmondzorg, leiden tot verdere afname van de keuzevrijheid in het particulier betaalde segment. De spanning tussen de vergoeding uit de basisverzekering, waarbij de zorgconsument vaak zelf de kosten niet ziet en het grondrecht om eigen geld vrij te mogen besteden, moet op de juiste wijze worden aangepakt. Symptoom bestrijding door het uniforme tariefstelsel te beperken en variatie en maatwerk nog verder onmogelijk te maken, zou wat ons betreft duidelijk de volgende stap in de verkeerde richting zijn. De ANT roept op om een dualistisch stelsel mogelijk te maken en wil graag daar

een bijdrage aan leveren.

CAT

Wij zijn inderdaad gericht op een preventieve werking van zoveel mogelijk publiciteit voor de mond gezondheid en het bevorderen daarvan d.m.v. poetsen.

Daarom verbaast het ons niet, dat de kosten gestegen zijn met een hoger percentage dan verwacht wordt als gevolg van de toename van de mondgezondheid van de diverse groepen in 2011 bekeken voor dit onderzoek.

Preventie gaat immers voor de verbetering uit en zoals in het verleden gebleken is, moet na 5 jaar preventie dit resultaat opleveren en niet eerder.

Ook het feit, dat tussen 2008 en 2010 de jeugd tot 23 jaar recht op mondzorg had, zal in de hoogste leeftijdsgroep (21-23 jaar) wel degelijk meespelen en dan vooral bij de hoge SES groep, omdat die vaker de tandarts bezoeken.

Het bestuur van het CAT maakt zich, tezamen met haar leden, zorgen over de toename van de slijtage en erosie van de jeugdigen, resulterend in een percentage van 25% (1/4 e van alle) van de jeugdigen van 23 jaar.

Wat moet dat in de toekomst aan bijzondere tandheelkunde opleveren?

Het is geen nieuws dat lager opgeleiden meer roken en slechtere gebitten hebben dan hoger opgeleiden, maar de invloed van deze twee factoren zal op latere leeftijd meer doorwerken.

Dat zal zich niet alleen uiten in een slechter gebit, maar ook in meer algemene ziekten met hogere kosten tot gevolg.

Het feit, dat ontbijten zo belangrijk is, zien wij wel als een nieuw signaal en wij adviseren de overheid dan ook hier veel aandacht aan te schenken met tv spotjes of anderszins hier uiting aan te geven.

Voeding en misbruik hiervan geeft immers niet alleen een slecht gebit, met veel erosie en tandweefselverlies als gevolg, maar ook overgewicht en diabetes.

Wat ons betreft kunnen de maatregelen die tegen overgewicht en diabetes genomen worden gecombineerd worden met aandacht voor het gebit.

De signalen, dat light producten niet alleen weinig invloed hebben op diabetes en overgewicht, maar ook de erosie bevorderen is, dachten wij, nog niet tot de diëtisten en deskundigen doorgedrongen.

Wij hopen dat onze reactie een bredere kijk op het signalement heeft opgeleverd.

Ivoren Kruis

Het 'Signalement Mondzorg 2013 - Mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdige verzekerden' toont mooie resultaten. We moeten echter rekening houden

met de biologische en onderzoeksgerelateerde fluctuaties. Maar het gesomber over het gebit op basis van de gegevens van 2005 is gelogenstraft en het cohort van vijfjarigen in 2005 doet het goed in 2011. Oudere jeugd verdient net zo goed onze aandacht als de jongeren. Tussen 11 en 17 jaar ontstaat minder cariës dan tussen 17 en 23 jaar. Er is nog veel ruimte voor verbetering en het faciliteren van andere preventiemodellen zoals Nexø zou geadviseerd/gesuggereerd moeten worden. Het Ivoren Kruis is van mening dat in het Signalement de aanmoediging wenselijk is dat preventie succesvol is, maar onverminderd nodig.

Voorts zijn er enkele passages waarvan wij de zienswijze niet delen:

Pagina 5: Wanneer men aanneemt dat een geringe hoeveelheid tandplaque op de elementen niet schadelijk is kunnen tandvlakken die voor minder dan 1/3 met plaque bedekt zijn als voldoende schoon worden beschouwd. Dit kan niet door literatuur gestaafd worden. Bovendien is plaque gescoord op plaatsen die goed door de borstel bereikbaar zijn en waar weinig of geen cariës ontstaat. Als hier 1/3 van bedekt is dan is de hoeveelheid tandplak op vlakken waar de tandenborstel niet kan komen en waar cariës ontstaat, groter. Dus het criterium voor een schone mond kunnen we niet onderschrijven. Bovendien is het doel van mondhygiëne-instructie om de bewuste vlakken plaquevrij te krijgen.

Pagina 6: Laatste zin van Tandstand: Deze zin is cryptisch. Het woord 'verband' moet ons inziens 'verschil' zijn. Als er geen verband is, is er immers verschil. Dit verdient verduidelijking.

Pagina 13/14: Het is gevaarlijk om het woord determinanten zo prominent te gebruiken. Determinant heeft toch een causale lading en causaliteit is niet aangetoond. In het stukje hierover is het bijzonder dat meer aandacht voor algemene onderwerpen als goed ontbijt, dagelijks eet- en drinkgewoonten en tandenpoetsen vooral met 11-jarigen wordt geassocieerd en niet met de andere groepen. Ook de gewoonten van 11-jarigen worden op jongere leeftijd gevormd.

Pagina 14: Doelmatigheid - Het is niet duidelijk of de kostenstijging prijs gerelateerd of volume gerelateerd is. Daarom is het moeilijk om de verbetering te verklaren uit de kostenstijging.

JTV
Mondzorgvoorkids

JTV Mondzorgvoorkids stelt vast dat tandartsen zeer content zullen zijn over de cijfers, en dat is ook volledig terecht als er geen addertjes zitten! Het is te mooi voor woorden dat inderdaad de verzorgingsgraad bij de 5-jarige gestegen is van 17 naar 41 %, méér dan een verdubbeling! Een belangrijke invloed daarop is uiteraard de stelselwijziging, ofwel de groep

van 2005 was een andere dan die van 2011.

De onderzoekers hebben voor andere uitkomsten de uitsplitsing van hoge/lage SES gemaakt, maar bij de verzorgingsgraad van 5-jarige mis ik dat, terwijl dat de groep is waar dat juist het meest tot uiting komt !!!

In alle geledingen zal men zich zeer zeker aan het inspannen zijn om de voor hen gunstigst mogelijke conclusie te trekken.... er vanuit gaand dat de verhouding ziekenfonds/particulier vóór 2006 ongeveer 70-30% bedroeg, zou dat een aardige correctie factor kunnen bieden. De SES index (laag/hoog) is volgens mij een andere verhouding die zeker niet één op één is te vertalen. Uiteraard zal deze discussie met de onderzoekers worden gevoerd, maar ook dan zal het niet eenvoudig zijn om gerichte adviezen uit te brengen.

NMT

Medio april heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) het concept-Signalement Mondzorg 2013 ter becommentariëring aan de NMT voorgelegd. Met belangstelling is kennisgenomen van de resultaten van de diverse onderzoeken. Ten aanzien van de in dit Signalement opgenomen conclusies en vervolgacties wordt onderstaand per hoofdstuk een reactie gegeven.

Preventief tandheelkundig gedrag

Dit hoofdstuk begint met de uitleg over wat onder preventief tandheelkundig gedrag moet worden verstaan. Daarbij wordt gesproken over het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek bij tandarts of mondhygiënist. Het mag bekend zijn dat de NMT voorstander is van taakdelegatie, maar wij staan tevens op het standpunt dat de tandarts de eindverantwoordelijkheid heeft in de keten van de mondzorg. Dat houdt onzes inziens in dat de tandarts verantwoordelijk is voor het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek.

Graag aandacht voor de onlangs beschikbaar gekomen richtlijn Mondzorg voor jeugdigen. Hierin is aangegeven dat, in het kader van de mondzorg aan jeugdigen, onder verantwoordelijkheid van de tandarts, een grote rol voor de mondhygiënist is weggelegd. Daarnaast verwijzen wij in het kader van de taakverdeling tandarts-mondhygiënist nog naar de grens van het deskundigheidsgebied van de vierjarig opgeleide mondhygiënist, zoals in de AMvB is vermeld.

Relevante tekst Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen, aanbevelingen hoofdstuk Screening: Periodiek mondonderzoek bij jeugdigen dient binnen de setting van de eerstelijns mondzorg te kunnen plaatsvinden.

Onzes inziens zou de tekst iets genuanceerder gebracht

kunnen worden, ook conform zoals in het Verkort Visiedocument staat verwoord:

De periodieke controle is het instrument op basis waarvan een adequate diagnose en behandelindicatie wordt gesteld. Als zodanig vormt de periodieke controle de kern van de regievoering door de tandarts. In hoofdlijnen:

Een patiënt dient altijd onder behandeling van een tandarts te staan.

- De diagnose- en indicatiestelling (inclusief de periodieke controle) kunnen alleen door de tandarts worden uitgevoerd (bij alle patiënten, inclusief prothesepatiënten).
- Mondhygiënist, assistent, studenten en buitenlandse tandartsen zonder BIG-registratie kunnen wel onderdelen van de diagnose (inclusief de periodieke controle) uitvoeren en/of voorbereiden, maar het eindoordeel over de totale mond- en gebitssituatie ligt bij de tandarts. Hij is verantwoordelijk.
- Gestreefd moet worden naar eenduidigheid over de aard, omvang en frequentie van de periodieke controle, dan wel het 'periodiek mondonderzoek' en de (wijze van) vastlegging van klinische bevindingen en behandelindicaties.

Mondgezondheid

De NMT stelt vast dat in 2011 de mondgezondheid, kijkend naar de cariëserving, in alle leeftijdsgroepen is verbeterd ten opzichte van 2005. Afgelopen jaren is door de NMT expliciet beleid gevoerd om de mondgezondheid van jeugdigen te verbeteren.

Genoemd kunnen worden de activiteiten op het gebied van "Kies voor Gaaf", aandacht op scholen in het kader van "Hou je mond gezond" en voor patiënten toegankelijke informatie op de patiëntenwebsite. Ook is de jeugd onderwerp geweest in ons jaarcongres 2012, het IQual-programma en de Preventietoer. Wij kunnen constateren dat dit beleid effect lijkt te hebben in een verbeterde mondgezondheid onder de jeugd.

Determinanten van cariëserving

De NMT vindt het opmerkelijk dat in de verschillende onderzochte leeftijdsgroepen verschillende determinanten van belang zijn voor het al dan niet hebben van een gaaf gebit.

Mondgezondheid en preventief gedrag van 21-jarigen

In de jaren 2008, 2009 en 2010 was de leeftijdsgrens verhoogd naar 22 jaar. De suggestie wordt gewekt dat deze maatregel niet heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering van mondgezondheid. Wij betwijfelen of je op basis van deze gegevens deze conclusies kunt trekken. Naast beperkte gegevens is ook de tijd nog te kort om tot deze conclusie te komen. Het is maar een korte periode geweest dat de jeugd tot 22 jaar in het basispakket heeft gezeten.

Vergelijking in de tijd

Hoewel we niet verbaasd zijn over de constatering, betreurt de NMT het dat het verschil in mondgezondheid tussen de hoge en de lage SES-groepen blijft bestaan.

Kosten van de mondzorg

Geconstateerd kan worden dat de stijging van de kosten met name zit in de onderdelen röntgen en preventie. Alhoewel het ook hier onzes inziens moeilijk is om op basis van de aanwezige gegevens harde conclusies te trekken, zou een mogelijke verklaring kunnen zijn dat de kostenstijging veroorzaakt wordt door een intensievere inzet van de preventieassistent en de mondhygiënist. Taakdelegatie lijkt zijn prijs te hebben.

Slotopmerkingen

Ter afsluiting van de samenvatting wordt aangegeven dat het van belang blijft dat de tandartsen zich in blijven spannen om de mondgezondheid van de jeugd en jongvolwassenen in Nederland te waarborgen en te bevorderen. Wij onderschrijven deze conclusie. Een goede mondgezondheid begint bij de jeugd. Wij zijn verheugd over de uitkomst dat de mondgezondheid in Nederland verbetert. Deze verbetering mag wat ons betreft mede als een positief resultaat als gevolg van inspanningen van de beroepsgroep gebracht worden. De NMT voert al enkele jaren expliciet beleid op verbetering van de mondgezondheid van de jeugd. In dat kader wijst de NMT u op eerdergenoemde activiteiten op het gebied van Kies voor Gaaf, Hou je mond gezond, de recente oplevering van de Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen, welke momenteel wordt geïmplementeerd, nader onderzoek en overleg dat op gezamenlijk initiatief van ZonMw en NMT plaatsvindt in dit kader, etc.. Wij zijn voornemens om deze inspanningen minstens te continueren.

De uitkomsten van dit Signalement kan ons ook helpen bij het kiezen van de juiste focus van inspanningen.

Uiteraard zij wij gaarne bereid om onze reactie mondeling toe te lichten.

NVM

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) heeft het Concept Signalement Mondzorg 2013 – Mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdige verzekerden, met belangstelling gelezen en dankt u hartelijk voor de mogelijkheid om een reactie te geven op dit concept.

Het is verheugend dat de mondgezondheid met betrekking tot cariësprevalentie in 2011 in alle leeftijdsgroepen is verbeterd ten opzichte van 2005. Desondanks blijven er onverminderd grote verschillen bestaan tussen jeugdigen met een hoge en een lage sociaal economische status en loopt het percentage jeugdigen met een gaaf blijvend gebit, spectaculair terug

tussen de 11 en de 17 jaar. Daarnaast valt de toename van de gebitsslijtage met name bij de 23-jarigen op. Naar mening van de NVM zijn deze bevindingen in het signalement reden voor nader onderzoek. Bijvoorbeeld naar de attitude van de ouders van 5 en 11 jarigen en de eigen attitude ontwikkeling van 17- en 23 jarigen. Waarbij naar mening van de NVM het invoeren van een zogenaamd 'cariërisico inschattingmodel' zou kunnen helpen om individuele preventie strategieën meer effectief te laten zijn dan nu het geval is.

Wat betreft de doelmatigheid van de zorg wordt weliswaar een relatieve daling van restauratief ingrijpen geconstateerd maar ook een relatieve stijging van de professioneel toegepaste preventie.

In dat kader willen wij graag uw aandacht vestigen op het onlangs verschenen proefschrift van de heer J.H. Vermaire, 'Optimizing Oral health; Towards a tailored, effective and cost-effective dental care', (mei 2013). In dit proefschrift wordt aangetoond dat een individuele, niet-operatieve cariësbehandeling en preventie strategie (waarbij de interventie vooral gericht is op het verhogen van het niveau van de zelfzorg) aanzienlijk effectiever én doelmatiger is dan traditionele en professioneel toegepaste preventie strategieën. Ten aanzien van de doelmatigheid van de preventieve mondzorg zou met het invoeren van een dergelijke cariës behandeling en preventie strategie, ons inziens een verbeterslag gemaakt kunnen worden met niet alleen kosten effectiviteit, maar vooral met aanzienlijke gezondheidswinst als gevolg.

Graag wisselen wij naar aanleiding van het verschijnen van het Signalement Mondzorg 2013 over het bovenstaande opnieuw van gedachten met het College voor Zorgverzekeringen.

ZN

U constateert dat de mondzorg, kijkend naar de cariës ervaring in alle leeftijdsgroepen is verbeterd. U legt daarbij een relatie met de extra aandacht die er sinds 2005 is geweest voor het melkgebit. Terecht wijst u ook op de richtlijn mondzorg voor jeugdigen die in 2012 is ontwikkeld. Om de gekeerde trend te kunnen vasthouden, is het in onze ogen van belang dat er ook tot daadwerkelijke en actieve invoering van die richtlijn wordt overgegaan.

De constatering dat de kosten voor de mondzorg voor de jeugd sinds 2007 met ruim een derde zijn gestegen zonder dat de verbetering van de mondgezondheid daar uit kan worden verklaard is zorgelijk. Dit roept, zoals u terecht aangeeft, de vraag naar doelmatigheid van de zorg op in deze. Mogelijk kan hier ook meer richtlijn gestuurde zorg aan bij dragen.

Wij zien kortom in uw signalement een oproep, aansluitend aan ook de constatering van de Gezondheidsraad, om in de mondzorg tot ontwikkeling van richtlijnen en protocollen te komen die bijdragen aan de sturing op kwaliteit en doelmatigheid.

Tot slot hebben wij nog een aantal vragen/opmerkingen over het onderzoek:

- Er staat geen nadere uitleg over de aard van de steekproeven en de samenstelling. Wij gaan er vanuit dat die a-select en representatief is geweest, maar wij bevelen aan om daar iets over op te nemend
- Bij de leeftijdsgroepen zoals nu gehanteerd ontbreekt de kritische pubertijdsleeftijd. Waarom is de keuze gemaakt zoals die nu gemaakt is?
- Op pag. 7 staat mogelijk een inconsequentie, bij 11 jarigen leidt tandartsbezoek tot een lager DMF getal, waar die bij 17 juist tot een hogere DMF zou leiden. Is dat correct?

Commentaar op reacties van belanghebbende partijen

De geconsulteerde belanghebbende partijen geven in hun reactie aan verheugd te zijn met de positieve uitkomsten van het onderzoek.

ANT

De ANT maakt ten aanzien van de kosten van de geboden mondzorg in de relatie tot de doelmatigheid een opmerking over de huidige financieringsstructuur van de mondzorg. De ANT roept op om te komen tot dualistisch stelsel. Het is niet aan het CVZ om uitspraken te doen over tarieven en prestatieomschrijvingen, dit betreft een verantwoordelijkheid van de Nederlandse Zorgautoriteit.

CAT

Het CAT spreekt in haar reactie de zorg uit over de omvang van de geconstateerde gebitsslijtage en vraagt zich af welke gevolgen dit heeft voor de behandeling van ernstige gebitsslijtage in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Het CVZ heeft een set van diagnostische indicatoren laten ontwikkelen, in de vorm van een checklist, die het mogelijk moet maken de ernst van de gebitsslijtage vast te stellen. In vervolg daarop heeft het CVZ een project in opdracht gegeven die de meerwaarde van de checklist ten opzichte van de huidige werkwijze onderzoekt. De meerwaarde kan zich vertalen in meer overeenstemming bij het beoordelen of behandeling van ernstige gebitsslijtage in aanmerking komt voor vergoeding in het kader van de bijzondere tandheelkunde.

Ivoren Kruis

Het Ivoren Kruis geeft aan van mening te zijn dat in het signalement de aanmoediging wenselijk is dat preventie succesvol is, maar onverminderd nodig. Het CVZ geeft aan dat het van belang is dat allen die bij de mondzorg voor jeugdigen betrokken zijn zich blijven inspannen om de mondgezondheid

van de jeugd en jongvolwassenen in Nederland te waarborgen en te bevorderen.

Voorts stelt het Ivoren Kruis dat niet door literatuur kan worden gestaafd dat tandvlakken die voor minder dan 1/3 met plaque zijn bedekt als voldoende schoon kunnen worden beschouwd. Het onderzoek dat in opdracht van het CVZ is uitgevoerd betreft onder andere een klinische beoordeling van de mondgezondheid. Aan dit klinisch onderzoek ligt een protocol ten grondslag dat ook bij eerdere onderzoeken is toegepast. In dit protocol is vastgelegd op welke wijze plaque wordt gescoord. Het CVZ zal bij toekomstige onderzoeken bespreken of het onderzoeksprotocol op dit punt aanpassing behoeft.

De opmerking die het Ivoren Kruis maakt bij het onderdeel 'Tandstand' is juist. Daar waar het woord 'verband' werd gebruikt moet staan 'verschil'. Het signalement is hierop aangepast.

Het Ivoren Kruis merkt op dat het gevaarlijk is om het woord 'determinanten' te gebruiken. Deze kanttekening is juist en in het signalement is nu opgenomen dat bij het onderdeel 'Determinanten van cariëserving' gaat om hypothesevormende analyses die geen causale uitspraken toelaten.

Naar aanleiding van de vraag naar de doelmatigheid van de mondzorg merkt het Ivoren Kruis op dat niet duidelijk is of de kostenstijging prijs of volume gerelateerd is. Het CVZ zal zich inspannen om hier meer zicht op te krijgen.

JTV
Mondzorgvoorkids

JTV Mondzorgvoorkids merkt op dat de onderzoekspopulatie in 2011, als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet, een andere is dan in 2005. Om vergelijkingen met voorafgaande jaren mogelijk te maken, werd in de analyses onderscheid gemaakt naar de SES van de jeugdigen, in laag versus hoog. Het CVZ gaat er van uit dat er op verantwoorde wijze een vergelijking kan worden gemaakt tussen 2011 en 2005.

In tegenstelling tot wat JTV Mondzorgvoorkids opmerkt is er voor de verzorgingsgraad van 5-jarigen wel een uitsplitsing gemaakt naar hoge/lage SES. De uitsplitsing staat op pagina 54 van het onderzoeksrapport *Kies voor Tandem* van TNO. Dit rapport is als bijlage opgenomen.

NMT

De NMT heeft er in haar reactie moeite mee dat in het signalement gesproken wordt over 'het preventief tandheelkundig onderzoek bij tandarts of mondhygiënist'. De NMT heeft in een standpunt vastgelegd dat controle, diagnostiek en indicatie alleen door een tandarts moet worden uitgevoerd.

Het signalement gaat niet over bevoegdheden van (mond)zorgverleners. In het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en

podotherapeut blijkt uit artikel 17 dat deze handelingen wel tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist behoren. In de richtlijn Mondzorg voor jeugdigen wordt in hoofdstuk 2 (Screening) consequent gesproken over de mondzorgverlener, waaronder zowel de tandarts als de mondhygiënist wordt verstaan.

Zoals wij hierboven al aangaven waren de resultaten van het onderzoek uit 2005 aanleiding tot discussie bij beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen binnen de mondzorg. Naast het initiatief van de NMT om te komen tot een richtlijn voor mondzorg voor jeugdigen heeft de NMT een beleid gevoerd om te komen tot een verbetering van de mondgezondheid. In samenwerking met anderen zijn hier projecten uit voortgekomen die een bijdrage hebben geleverd aan een positieve ontwikkeling van de mondgezondheid van jeugdige verzekerden.

Ten aanzien van de mondgezondheid van 21-jarigen stelt de NMT dat het CVZ de suggestie wekt dat de leeftijdsgrens voor het recht op mondzorg in de periode 2008-2010 van 22 jaar niet heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering van de mondgezondheid. Het CVZ stelt dat de verschillen in tandheelkundig preventief gedrag en mondgezondheid in de 2009 en 2011 verwaarloosbaar klein zijn. Het is juist dat er op basis van de onderzoeksgegevens geen conclusies zijn te trekken. We geven aan dat er geen uitspraken kunnen worden gedaan over de relatie tussen de uitkomsten van het onderzoek en de verhoging van de leeftijd tot waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg in de periode 2008-2011.

Ten aanzien van stijging van de kosten van de mondzorg geeft de NMT aan dat een intensievere inzet van de preventieassistent en de mondhygiënist een verklaring kan zijn. Het CVZ zal deze suggestie betrekken bij de analyse van de kostenstijging.

NVM

De NVM geeft aan dat bevindingen uit het signalement reden zijn voor nader onderzoek. Het CVZ heeft inmiddels nieuw onderzoek naar de mondgezondheid van jeugdige verzekerden gepland. Voor 8, 14 en 20 jarigen staat dit onderzoek geagendeerd voor 2014, de 5, 11, 17 en 23 jarigen zijn onderwerp van onderzoek in 2017.

De NVM merkt op dat de invoering van een zogenaamd 'cariërisico inschattingsmodel' zou kunnen helpen om individuele preventie meer effectief te laten zijn en wijst in dat kader naar een onlangs verschenen proefschrift. Het betreft hier een waardevol onderzoek dat aanknopingspunten biedt om de jeugdmondzorg meer effectief en doelmatig te organiseren.

ZN

Op voorstel van ZN is in het signalement in het kort opgenomen hoe de steekproef voor het onderzoek werd

getrokken. Voor een uitgebreide verantwoording van de steekproeftrekking verwijzen wij naar het onderzoeksrapport *Kies voor Tandem* dat als bijlage is opgenomen.

Voorts merkt ZN op dat de 'kritische pubertijdsleeftijd' ontbreekt. Daarover kunnen we opmerken dat het huidige onderzoek betrekking heeft op de leeftijdsgroepen van 5, 11, 17, (21) en 23 jaar. In het vorige signalement waren de leeftijdsgroepen van 9, 15 en 21 jarigen onderwerp van onderzoek.

Ten aanzien van de inconsequentie bij het tandartsbezoek die ZN constateert kan, met inachtneming van de kanttekening over determinanten, het volgende worden opgemerkt. Het is niet zo dat tandartsbezoek bij 11-jarigen leidt tot een lagere DMF en bij 17-jarigen tot een hogere DMF. Er wordt slechts een samenhang geconstateerd bij 11- en 17 jarigen tussen tandartsbezoek en DMF.