

## ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI SA MENTALNO HENDIKEPIRANOM DJECOM

**SAŽETAK:** Cilj. Cilj rada je da se utvrdi stanje oralnog zdravlja kod mentalno hendikepirane djece, te da se preduzmu potrebne preventivne mjere.

Metod. Mnoga istraživanja su pokazala da u odnosu na zdrave, osobe sa mentalnim hendikepom imaju znatno lošiju oralnu higijenu.

Rezultati. Poređenjem stanja oralnog zdravlja zdrave i hendikepirane djece, ustanovljeno je da kod hendikepirane djece lošija oralna higijena i jače izraženo oboljenje parodontijuma, dok je prevalencija karijesa slična, s tim što hendikepirana djeca imaju više aktivnog, nesaniranog karijesa, a manje plombiranih zuba.

Zaključak. Programi stomatološke zaštite osoba sa mentalnim hendikepom se organizuju i sprovode kroz mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. Koriste se uobičajene mjere primarne prevencije oralnog zdravlja ali specifično usmerene ka potrebama i mogućnostima hendikepiranih osoba. To su program promocije zdravlja, zdravstveno vaspitanje, ishrane hendikepiranih osoba, fluorprofilaksa, oralna higijena (obuka), zalivanje fisura i redovne kontrole. Sekundarna i tercijarna prevencija zahtevaju dobro obučene timove stručnjaka za rad sa hendikepiranim osobama. Program se svodi na sekundarne mjere, tj. dijagnostiku i terapiju bolesti usta i zuba jer je teško uspostaviti tercijarnu prevenciju (rehabilitaciju organa za žvakanje).

**Ključne riječi:** prevencija, mentalni hendikep, oralno zdravlje.

### 1. Uvod

Pod hendikepom se podrazumijeva svaki teret ili smetnja koja otežava neku radnju.

„Hendikepirano dete je ono koje u određenom vremenskom periodu nije u stanju da fizički ili mentalno potpuno učestvuje u normalnim aktivnostima svojih vršnjaka, uključujući one socijalne, rekreativne, edukativne i govorne prirode. Ova definicija SZO razmatra hendikepiranost sa šireg medicinskog stanovišta, međutim sa stomatološkog aspekta, hendikepirano dijete je ono kod koga se usled različitih medicinskih, fizičkih, mentalnih ili emocionalnih poremećaja, mora sprovesti stomatološko zbrinjavanje koje zahtijeva posebnu pripremu i tretman, tj. ne može biti stomatološki tretirano na uobičajeni način.

Sa stomatološkog aspekta najjednostavnija i najprihvatljivija je definicija Holloway-a i Swallow-a (1982) koja kaže da je za stomatologa hendikepirana ona osoba koja ne može biti stomatološki tretirana na uobičajeni način. Istraživanja pokazuju da je najveći procenat

populacije ima prosječnu inteligenciju (60%), dok je nešto više od (14%) sa visokom inteligencijom. Nizak stepen inteligencije ima oko (17%) dok je oko (4%) populacije mentalno retardirano. Od 4% mentalno retardiranih osoba najveći je procenat djece, jer se mentalna retardacija najcesće otkriva u uzrastu između 10 – 14 godine, na osnovu neuspjeha u školi. Prevalenca blage retardacije je nešto veća kod muškog pola (1,6 : 1), dok nema razlike u polovima kada je u pitanju teška mentalna retardacija. Većina jako mentalne retardirane djece ima neko oštećenje na mozgu. Najčešći uzrok mentalne retardacije je prisustvo hromozomskih aberacija, a specijalno se javlja kod djece sa trizomijom 21 hromozoma (Downov sindrom). Mentalni hendikep (retardacija ili subnormalnost) je stanje zaustavljenog ili nekompletnog razvitka uma sa stepenom inteligencije ispod proseka. Prema izveštaju SZO u prosjeku 10 % stanovništva u svetu je mentalno ili fizički hendikepirano. Prema podacima Zavoda za zdravstvenu zaštitu Republike Srbije, oko 5% predškolske i 8% školske djece pokazuju neku smetnju u razvoju. Od ukupnog broja ometene predškolske djece u Srbiji najveći je procenat mentalno retardirane djece oko 40%. Sa aspekta stomatologije je nepovoljno što su najviše zastupljena djeca sa mentalnom retardacijom, jer je sa njima obično najteže uspostaviti saradnju prilikom primjene preventivnih i terapijskih stomatoloških intervencija. Ako se pogleda struktura mentalno retardirane djece po težini retardacije u Srbiji, najveći procenat (preko 70%) je lako ili granično mentalno retardirano. Sa aspekta stomatologije ovo predstavlja pogodnost jer se sa ovom djecom može sa uspjehom izvoditi zdravstveno-vaspitni rad, sve preventivne, profilaktičke i neophodne stomatološke intervencije. Poređenjem stanja oralnog zdravlja zdrave i hendikepirane djece, ustanovljeno je da kod hendikepirane djece lošija oralna higijena i jače izraženo oboljenje parodonticijuma, dok je prevalencija karijesa slična, s tim što hendikepirana djeca imaju više aktivnog, nesaniranog karijesa, a manje plombiranih zuba. Brojni su razlozi koji uslovljavaju ovakav nalaz oralnog zdravlja kod hendikepirane djece. Najbitniji su: slaba motivisanost roditelja ili staratelja da sačuvaju oralno zdravlje hendikepiranog djeteta, loša saradnja sa stomatologom ili nedovoljno razvijena stomatološka služba. U našoj zemlji je mali broj odgovarajućih zdravstvenih ustanova u kojim hendikepirana djeca mogu da dobiju stomatološke usluge.

Ako stepen mentalne retardacije to dozvoljava, o svom oralnom zdravlju se u određenoj mjeri može brinuti i sama mentalno hendikepirana osoba, iako je dobro da se sve izvodi pod nadzorom i kontrolom roditelja. Ako je stepen retardacije izraženiji pa ne postoji mogućnost samostalnog sprovođenja oralno-higijenskih mera, tada brigu o higijeni usne duplje preuzimaju roditelji. Roditelji, odnosno medicinsko osoblje u domovima za mentalno retardirane osobe su u sklopu brige o oralnom zdravlju dužni redovno svoje štice

dovoditi stomatologu kako bi on pregledao usta i zube te predložio i sproveo eventualne potrebne stomatološke zahvate. Obično postoje posebno prilagođene stomatološke ordinacije za osobe s mentalnom retardacijom, te posebno edukovani stomatolozi, jer pristup takvim pacijentima i način sprovođenja pojedinih zahvata može biti različit od uobičajenog. Kod institucionaliziranih osoba, smještenih u domove, postoje više ili manje razrađeni mehanizmi brige o oralnom zdravlju, dok se eventualni problemi mogu pojaviti kod osoba smještenih izvan domova i izvan većih urbanih centara, gdje mogu postojati različite prepreke od neprepoznavanja potrebe za stomatološkom negom, preko problema s pronalaženjem odgovarajućeg stomatologa pa do problema s prevozom mentalno retardirane osobe. Posjeta stomatologu i kod zdravih osoba može izazvati osjećaj neprijatnosti i straha. Zbog smanjenih komunikacijskih vještina, posjeta stomatologu mentalno hendikepiranoj osobi može biti još više traumatičan i neprijatan. Mentalno hendikepirane osobe mogu imati naglašen refleks povraćanja, pojačano izlučivanje pljuvačke, sklonost ka izvođenju naglih i nekontrolisanih pokreta te su nesposobni za duže mirno sedenje u stomatološkoj stolici. O svemu ovome treba voditi računa prilikom procene mentalno hendikepirane osobe i njihove sposobnosti za učestvovanje u stomatološkom zahvatu bez upotrebe opšte anestezije. Naime, većina stomatoloških zahvata zahteva kooperativnoga, mirnog i strpljivog pacijenta. Ako ti uslovi nisu ispunjeni, neprijatnost i komplikacije mogu imati i pacijent i pratnja, pa i sam stomatolog. Nažalost, svako neprijatno i traumatično iskustvo, mentalno hendikepiranu osobu i njezinu pratnju odvraća od naredne posjete stomatologu, što dovodi do pogoršanja oralnog zdravlja i brojnih drugih zdravstvenih problema.

## **2. Istraživanje**

Istraživanja pokazuju da je prevalenca karijesa manja kod onih koji žive u institucijama u odnosu na one koji žive u kući. Kod mentalno hendikepirane djece mnogo je više netretiranog karijesa nego plombiranih zuba. Deca sa Downovim sindromom imaju mnogo manju prevalencu karijesa od ostale mentalno hendikepirane djece. Otkrivena je najveća rasprostranjenost karijesa na mliječnim zubima kod teško mentalno retardirane djece, dok je kod lako mentalno retardirane djece zdravlje mliječnih zuba je bilo najbolje. Procenat oboljenja stalnih zuba, kao i njihov prosječan broj su bili znatno viši kod hendikepirane djece u odnosu na zdravu. Prevalenca parodontalnih oboljenja kod mentalno hendikepirane djece su značajnoveća u poređenju sa ostalom djecom. Ona je najviše izražena kod mentalno hendikepirane djece koja su trajno smještena u stacioniranim ustanovama. Djeca sa

Downovim sindromom imaju povećanu prijemčivost za oboljenja parodontijuma u odnosu na ostale grupe mentalno hendikepirane djece. Jedan od razloga je slabija autoimuna odbrana organizma kao i metaboličke promjene koje za posledicu imaju blokiranje maturacije kolagena. Ustanovljeno je da mentalno hendikepirana deca uzrasta od 9-14 godina lošije održavaju oralnu higijenu. U ekonomski razvijenim zemljama hendikepirana djeca su imala bolju oralnu higijenu čak i u odnosu na zdravu decu u Srbiji. To se objašnjava nedostatkom preventivne stomatološke zaštite kod nas i zdrave i hendikepirane djece. Prevalenca ortodontskih anomalija je veća kod hendikepirane djece u odnosu na ostalu djecu. Urođene nepravilnosti koje svoju ekspresivnost pokazuju u predjelu glave, najčešće su prećene poremećajem međuviličnih odnosa. Anomalije broja, oblika, veličine i strukture zubnih tkiva u velikom procentu su praćene ortodontskim nepravilnostima. Kod djece sa Downovim sindromom postoje brojne dentalne nepravilnosti, uključujući nedostatak sjekutića, mikrodonciju, perzistenciju mliječnih izakasnelo nicanje stalnih zuba. Čest je nalaz pseudo prognatija, a protrudiran jezik je pre posledica slabije razvijenosti maksile nego svoje stvarne veličine. Oralni status mentalno retardiranih osoba je predmet brojnih naučnih istraživanja kojima se pokušalo utvrditi koji su kritični faktori koji dovode do pogoršanja njihovog oralnog zdravlja. Od stepena mentalne retardacije (blaga, srednja, jaka, izrazita) zavisi i sposobnost pojedinca da se brine o vlastitom oralnom zdravlju. Što je mentalna retardacija izraženija, to je mogućnost samostalne brige o zdravlju usne duplje manja, a samim tim i oralni status lošiji. Kao i kod zdravih osoba, tako i kod mentalno retardiranih, efikasnost i redovitost oralne higijene bitno utiče na pojavu karijesa i parodontalnih bolesti. Što je oralna higijena lošija, to na zubima postoji više karijesa. Kako mentalno retardirane osobe obično imaju i smanjenu mogućnost komunikacije s okolinom, te ne mogu uvijek jasno i sigurno onima koji se o njima brinu prenijeti informaciju o osjetljivom ili bolnom zubu, karijes nerijetko dopire do pulpe izazivajući upalu i/ili nekrozu. Ponekad može nastati i absces. Kako je mogućnost endodontskog lečenja kod mentalno retardiranih osoba smanjena, takav je zub obično predodređen za ekstrakciju, čime se umanjuje funkcionalna vrijednost organa za žvakanje. Loša oralna higijena ne dovodi samo do karijesa, nego i do nastanka parodontalnih bolesti. Dolazi do nakupljanja plaka i zubnog kamenca, u početku na donjim prednjim zubima i gornjim bočnim zubima, a posle i na svim ostalim. Zubni kamenac izaziva upalu gingive (gingivitis), pa ona postaje izrazito ranjiva i lako krvari, npr. kod četkanja zuba ili konzumacije čvrste hrane, a nekada i spontano. Promjene gingive mogu biti izazvane i lekovima koje mentalno retardirana osoba uzima, pa može doći do bujanja odnosno

hiperplazije gingive (npr. kod uzimanja hidantoina). U tom slučaju gingiva prekriva površine kruna zuba više nego što je to uobičajeno, pa je održavanje oralne higijene dodatno otežano. Loša oralna higijena, karijesni zubi, naslage plaka i kamenca te upaljena gingiva koja lako krvari dovode do nastanka neprijatnog zadaha iz usta, što mentalno retardiranu osobu može još dodatno izolovati unutar kruga ljudi u kojem se kreće. Iako postoje osvježivači daha, njihov je efekat kratkotrajan, a osim toga treba voditi računa o potencijalno štetnim interakcijama između njihovih sastojaka i lijekova koje mentalno retardirana osoba uzima. Često je mentalna retardacija povezana s ortodontskim anomalijama i malookluzijama, koje karakterišu poremećeni međuvilični odnosi. Zbog toga mentalno retardirana osoba može imati problema sa žvakanjem, koje je manje efikasno, pa slabije sažvakana hrana dospijeva u želudac, gdje može početi truliti i izazvati neprijatan zadah iz usta. Osim toga, ortodontske anomalije mogu izazvati probleme s gutanjem i govorom, koji može biti nerazgovijetan i nejasan. Poremećaji u položaju zuba mogu dovesti do traumatske okluzije, te do pojačane abrazije zuba (lokalizovane ili generalizovane), što može dovesti do preosetljivosti zuba i patoloških promena na pulpi. Osobe s mentalnom retardacijom neretko škripe zubima (bruksizam), što uzrokuje pojačano trošenje zuba, te u pojedinim slučajevima i smetnje u temporomandibularnom zglobu. Ti poremećaji mogu dodatno da smanje efikasnost žvakanja. Kod pojedinih oblika mentalne retardacije postoji sklonosti samoozljeđivanju. Stoga u usnoj duplji može doći do ugriza u jezik i sluznicu obraza, pri čemu nastaju manje ili veće rane. Ako se ta trauma učestalo ponavlja, sluznica postaje natečena i bolna, što onemogućava normalno funkcioniranje usne duplje prilikom žvakanja, ishrane, govora itd..

### **3. Rezultati**

NAJTEŽE MENTALNO RETARDIRANA DJECA	7,80%
TEŠKO MENTALNO RETARDIRANA DJECA	12,00%
UMJEREN MENTALNO RETARDIRANA DJECA	7,10%
LAKO MENTALNO RETARDIRANA DJECA	52,30%
GRANIČNO MENTALNO RETARDIRANA DJECA	20,80%

Tabela 1. Struktura mentalno retardirane djece u Srbiji

IQ	OPŠTA KLASIFIKACIJA	PROCENAT POPULACIJE
140 i iznad	Vrlo superiorna	0,50%
120 – 139	Superiorna	2,50%
110 - 119	Visokog prosjeka	14%
90 - 109	Prosječna	60%
80 - 89	Niskog prosjeka	12%
70 - 79	Granična	7%
69 i manja	Mentalna retardacija	4%

Tabela 2. Klasifikacija osoba i njihova rasprostranjenost prema koeficijentu inteligencije (IQ).

#### 4. Diskusija

Prva poseta hendikepiranog djeteta stomatološkoj ambulanti je veoma važna, jer od prvog kontakta može da zavisi buduća saradnja između stomatologa i pacijenta, koja može da se odvija u pozitivnom i negativnom pravcu. Cilj prve posete je da se utvrdi stanje oralnog zdravlja mentalno hendikepiranog djeteta, stepen održavanja oralne higijene i otkrije prisustvo štetnih navika. Prvim pregledom se takođe može ustanoviti da li će potreban stomatološki tretman moći da se uradi u stomatološkoj ordinaciji kao kod ostrale djece ili će biti potrebna primena sedacije ili opšte anestezije. Mnogi smatraju da je bolje da prvi kontakt sa djetetom bude van ambulante u poznatom okruženju. Kod mentalno retardiranih osoba briga o zdravlju usne duplje je složenija, a zanemarivanje tog segmenta zdravlja pojedinca može imati daleko ozbiljnije posljedice nego kod zdrave osobe. Stoga osobe koje se brinu o mentalno retardiranima (roditelji i medicinsko osoblje) moraju biti svesni važnosti postizanja i održavanja njihovog oralnog zdravlja. Osim toga ukupni utisak koji mentalno retardirana osoba ostavlja na svoju okolinu može biti bitno pogoršan, ali i poboljšan zavisno od stanja zuba i usne duplje. Naime, karijesni zubi, s obilnim naslagama plaka i zubnog kamenca te neprijatan zadah iz usta i kod zdrave osobe ostavljaju loš utisak koji ukazuje na nebrigu i zapuštenost, za razliku od čistih, zdravih i zbrinutih zuba. Problem oralnog zdravlja mentalno retardiranih osoba posljednjih godina postaje sve aktuelniji. Takve osobe treba što je god više moguće uključiti u svakodnevne životne aktivnosti, što često podrazumeva i život s sopstvenom porodicom izvan domova specijalizovanih za zbrinjavanje mentalno retardiranih osoba. Za njegov je uspjeh bitna i kvalitetna institucionalna podrška, koja uključuje zdravstveno, odnosno stomatološko zbrinjavanje. Nažalost, nerijetko se događa da izostankom institucionalnog zbrinjavanja mentalno retardiranih osoba dolazi do zapuštanja

njihovog cjelokupnog zdravlja, uključujući i oralno zdravlje. Boravkom u vlastitim porodicama, pogotovo izvan većih urbanih sredina, mentalno retardirane osobe najčešće ostaju bez odgovarajućeg i redovnog zdravstvenog zbrinjavanja, jer ukućani koji, iako vode brigu o egzistencijalnim potrebama, nisu dovoljno edukovani da bi samostalno i dugotrajno ispravno vodili brigu o zdravlju mentalno retardirane osobe. Zbog toga je neophodna njihova edukacija i stalna saradnja sa nadležnim institucijama. Oralno higijenske mere podrazumevaju pranje zuba zubnom četkicom nakon svakog obroka, a najmanje dva puta na dan. Savjetuje se upotreba zubnog konca ili interdentalne četkice. Usta se mogu povremeno ispirati antiseptičnim sredstvom, kako bi se u ustima smanjio broj bakterija koje izazivaju karijes. Sa antiseptičnim sredstvom za ispiranje se ne smije preterivati jer mogu poremetiti normalnu bakterijsku floru u ustima, izazvati promjenu boje zuba, dovesti do poremećaja ukusa i dr. Sredstva za ispiranja nisu i ne smiju biti zamena za redovno pranje zuba. Prilikom pranja zuba poželjno je primjenjivati paste za zube koje sadrže oko 1500 ppm fluora. Na taj način površinska zubna tkiva postaju otpornija na djelovanje bakterija koje izazivaju karijes. U dogovoru sa stomatologom se vrši lokalna aplikacija visokokoncentrovanih fluorida. Posebno treba voditi računa o ishrani, jer hrana bogata ugljenim hidratima (npr. slatkiši, bomboni, čokolade) koji se lako lijepe za zube i s njih teško odstranjuju, može ubrzati nastanak i napredovanje karijesa. Ishrana treba biti što raznovrsnija, bogata sirovim voćem i povrćem. Upotreba gaziranih i jako zaslađenih pića u ishrani treba biti što manja. Najvažniji cilj brige o oralnom zdravlju za ovu grupu pacijenata je sprečiti nastanak oralnih bolesti (karijes, apscesi, parodontalne bolesti i dr.), kako bi se smanjila potreba za stomatološkim liječenjem ili eventualnim operativnim zahvatom. Potrebno je edukovati roditelje o važnosti oralnog zdravlja i načinima kako ga očuvati, pri čemu naglasak treba staviti na pravilnu ishranu, fluorizaciju zuba i posebno na redovno i pravilno održavanje oralnoj higijeni. S obzirom na to da briga o mentalno hendikepiranim osobama zahtijeva multidisciplinarni pristup, poželjno je podsticati saradnju medicinskog osoblja, pa tako i stomatologa s udruženjima koje okupljaju mentalno hendikepirane osobe i njihove roditelje, kako bi im se omogućila optimalna zdravstvena i stomatološka njega, te što bolje i lakše uključivanje u zajednicu. Programi stomatološke zaštite osoba sa mentalnim hendikepom se organizuju i sprovode kroz mere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. Primarna prevencija je od izuzetnog značaja jer je oralno zdravlje kod ovih osoba jako zanemareno. Koriste se uobičajene mere primarne prevencije oralnog zdravlja ali specifično usmerene ka potrebama i mogućnostima hendikepiranih osoba. To su programi promocije zdravlja, zdravstveno vaspitanje, ishrane hendikepiranih osoba, fluorofilaksa, oralna higijena (obuka), zalivanje fisura i redovne

kontrole. Sekundarna i tercijarna prevencija zahtevaju dobro obučene timove stručnjaka za rad sa hendikepiranim osobama. Program se svodi na sekundarne mere, tj. dijagnostiku i terapiju bolesti usta i zuba jer je teško uspostaviti tercijarnu prevenciju (rehabilitaciju organa za žvakanje). Razlozi zbog kojih treba posvetiti odgovarajuću pažnju oralnom zdravlju mentalno hendikepiranih pacijenata su ,uopšteno gledajući, identični onima kao kod zdravih osoba, a prije svega podrazumevaju izostanak boli i neprijatnih senzacija izazvanih patološkim promjenama u usnoj duplji poput karijesa, parodontalnih bolesti i dr., i očuvanje funkcionalne i estetske vrijednosti stomatognatog sistema. Međutim, osim tih razloga, kod mentalno hendikepiranih pacijenata postoje i specifični razlozi jer nebriga o zdravlju usne duplje može izazvati ozbiljne komplikacije koje zahtevaju posebno edukovan stomatološki tim, posebnu stomatološku opremu, te puno veće troškove lečenja koje može biti i dugotrajnije i neizvesnije. Osim zdravstvenih razloga za brigu o zdravlju usne duplje, sve više na važnosti dobijaju i određeni formalni razlozi. Naime, u SAD-u i mnogim evropskim zemljama, zapuštanje oralnog zdravlja osobe koja zahteva zbrinjavanje smatra se dentalnim zanemarivanjem, što je jedna vrsta zlostavljanja pojedinca. Takvo je zlostavljanje kažnjivo i može dovesti do oduzimanja prava pojedincu da se o nekome stara.

#### LITERATURA:

1. D. Beloica, M. D. Vulović, M. Gajić, R. Stevanović, M. D. Ivanović, M. R. Carević, Z. R. Vulićević, D. Lj. Marković: Dečja stomatologija, Beograd; 2005; 3; 27-33
2. D. Beloica, M. D. Vulović, M. Gajić, R. Stevanović, M. D. Ivanović, M. R. Carević, Z. R. Vulićević, D. Lj. Marković: Preventivna stomatologija, Beograd ; 2005; 3; 397-401
3. Dragan Beoloica, Marko Vulović, Momir Carević, Mirjana D. Ivanović, Zoran R. Vulićević, Dejan Marković, Radoje Stevanović, Vesna Zivojinović, Vanja Petrović, Jelena Mandić, Olivera Jovičić, Ivana Radović, Tamara Perić, Mirjana Apostolović, Duška Blagojević, Bojan Petrović, Dečja stomatologija Praktikum, Beograd; 2010; 4; 143-149
4. Jelka Jukić, Djeca sa smetnjama u razvoju u stomatološkoj ambulanti, Zagreb ; 2 ;
5. Mihajlo Gajić, Radoje Stevanović, Hendikepirano dete u stomatološkoj u ordinaciji; Beograd; 2002; 8; 55 – 57; 11 -68



**Valentina Vasiljević**  
**Doctor of dental medicine**  
valentinavasiljevic92@gmail.com

## **HEALTH AND EDUCATIONAL WORK IN THE DENTAL PRACTICE WITH MENTALLY HANDICAPPED CHILDREN**

### **SUMMARY**

**Aim.** The aim is to determine the state of oral health in mentally handicapped children, and to take the necessary preventive measures.

**Methods.** Many studies have shown that compared to healthy people with mental disabilities have a significantly worse oral hygiene.

**Results.** Primary prevention is of great importance because the oral health of this people is very neglected.

**Conclusion.** Program of dental care for persons with mental disabilities are organized and implemented through measures of primary, secondary and tertiary prevention. Using the usual measures of primary prevention of oral health or specifically aimed at the needs and abilities of disabled persons. These are the program of health promotion, health education, nutrition handicapped children, fluoride prophylaxis, oral hygiene (training), sealants and regular kontrole. Secondary and tertiary prevention requires a well-trained teams of experts to work with disabled people. The program is reduced to a secondary extent, ie. diagnosis and treatment of diseases of the mouth and teeth because it is difficult to establish tertiary prevention (rehabilitation oral health).

**Keywords:** prevention, mental handicap, oral health.