

SOCIALE TANDHEELKUNDE

SOCIALE TANDHEELKUNDE

Wanneer men onder „Sociale Tandheelkunde” verstaat: het verschaffen van afdoende tandheelkundige hulp aan de grote massa, dan dient erkend te worden, niet alleen dat daar nog niet veel van terecht is gekomen, maar ook dat er vooralsnog niet verwacht kan worden dat dit in afzienbare tijd noemenswaard veel verbeteren zal.

Gezien anderzijds het feit, dat aan dit probleem van allerlei zijden veel aandacht wordt gewijd, rijst derhalve de vraag waarom dit zo is en of er niets aan te doen is? Het antwoord zal dan moeten luiden, dat voor een deel de oorzaak gelegen is in het feit dat vooral de preventie hier raad zal moeten schaffen en de Wetenschap in dit opzicht nog veel te wensen overlaat; anderzijds kan evenzeer worden vastgesteld dat de huidige methoden die ter oplossing worden aanbevolen en toegepast, dermate inadequaat zijn dat redelijke resultaten daarbij niet zijn te verwachten.

Dit geldt in hoge mate voor Nederland, het is echter — zij het dan in mindere mate — eveneens het geval in landen als bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Nieuw Zeeland, die overigens op dit gebied pioniersarbeid verrichten.

Wat ons eigen land betreft, lopen wij wel heel erg achter de feiten aan en geldt nog altijd de uitspraak van H e i n e, die — een goede honderd jaar geleden van een reis naar Holland in Parijs teruggekeerd — opmerkte, dat wanneer de wereld zou dreigen te vergaan, hij onmiddellijk naar dat land terug zou keren omdat daar alles vijftig jaar later geschiedt dan elders!

Wanneer men bedenkt, dat terwijl in het buitenland de kleinste Universiteit een tandheelkundige opleiding — en dus een tandheelkundige faculteit — kent, in drie van de vijf Nederlandse Medische Faculteiten een dergelijke opleiding niet bestaat en de aanstaande arts voorts het terrein der tandheelkunde vrijwel niet betreedt, dan behoeft het geen verwondering te baren dat de animo voor deze lange, moeilijke en kostbare studie niet groot is en dat diensgevolge het tekort aan hulp benauwende afmetingen gaat aannemen, welk tekort er zeker niet beter op zal worden wanneer aan onbevoegden — mits zij met succes de Wet hebben overtreden — bij herhaling als beloning gehele of gedeeltelijke tandheelkundige bevoegdheden worden geschonken! Dit laatste bewijst overigens tevens op welk peil de waardering van het tandheelkundig ingrijpen voor de Volksgezondheid bij de betrokken autoriteiten momenteel nog staat.

Vraagt men zich nu af wat er dan wel zou kunnen geschieden om de gebitsgezondheid van het Nederlandse volk te verbeteren, dan kan men beginnen met *negatief* vast te stellen, dat dit niet kan door het te hooi en te gras wat aan schooltandverzorging te doen (en dan nog in iedere gemeente op eigen wijze), ook niet door een beperkte hulp aan volwassenen en dat evenmin voor het ogenblik veel te verwachten is van dieetvoorschriften, omdat de meningen hierover nog steeds uitermate verdeeld zijn.

Zolang de aetiologie van de tandcaries niet verder bekend is dan heden ten dage het geval is, zal elk voorschrift in dit opzicht een experiment blijven en niets lijkt onverstandiger dan het aandringen op bepaalde sociale maatregelen,

wanneer de mogelijkheid bestaat, dat men in het licht van nieuwe ervaringen hierop terug zou moeten komen.

Er zijn sinds vele jaren experts, die van mening zijn dat de hoge cariesfrequentie van de moderne mens vooral gezocht moet worden in het veel te grote suikergebruik.

In een zojuist verschenen Rapport van de Engelse „Medical Research Council”, getiteld: „The Effect of Sugar Supplements on Dental Caries in Children” komen de onderzoekers (Prof. J. D. King, Lady M a y M e l l a n b y, Prof. H. H. S t o n e s en Prof. H. N. G r e e n) tot de conclusie dat extra suiker, toegevoegd aan het normale dieet, g é é n invloed heeft op de cariesfrequentie.

Dit onderzoek, dat door de samenstellers sinds 1947 — geheel onafhankelijk van elkaar — is geschied te Londen, Liverpool en Sheffield, leidde onder meer tot de volgende conclusie:

„Provided a child is fed on a diet as good as that of the average children's residential institution in England, a substantial increase in the amount of sugar in the diet will not affect the child's liability to dental caries within a period of at least two years.”

Dit behoeft overigens niet in tegenstelling te staan tot het bekende Zweedse onderzoek te Vipeholm, enige jaren geleden gepubliceerd, omdat daar de uitkomst was dat zoetigheid — *tussen de maaltijden genomen* — een verhoogde cariesfrequentie ten gevolge had (zie *Excerpta Odontologica Sectie II nos. 383—386, 1954*). Wel echter moge het een vermaan zijn om vooralsnog met dieetvoorschriften voorzichtig om te gaan.

Anderzijds valt gelukkig — te constateren, dat het in de Verenigde Staten met zoveel energie doorgezette fluorideringsprogramma uitkomsten geeft, waaraan men niet langer het recht heeft voorbij te gaan.

Zojuist is het rapport verschenen van het 10-jarig experiment te Newburgh en Kingston, waarbij Dr. D. B. A s t, de leider van deze studie, verklaart dat de gemiddelde reductie in het cariespercentage van de kinderen te Newburgh 60 % bedroeg in vergelijking met die te Kingston waar het water niét was gefluorideerd en waarbij een uitvoerig medisch onderzoek tevens had uitgewezen dat de maatregel volkomen onschadelijk was gebleken (verg. *Exc. Odont. Sectie II, No. 297, 1953*).

Hier te lande kennen wij het in gang zijnde experiment Tiel—Culemborg, maar de vraag rijst of daarmee kan worden volstaan en of er niet eindelijk maatregelen behoren te worden genomen om voor Nederland — wetenschappelijk — nauwkeurig vast te stellen hoe het met die cariesfrequentie nu wel gesteld is, ook ten opzichte van het fluorgehalte van het drinkwater ter plaatse. Voorts, of hetgeen in Amerika, met bepaalde levensgewoonten — zoals de hoeveelheid drinkwater daar dagelijks gebruikt — een succes blijkt te zijn, ook zonder meer voor andere landen geldt en of het toepassen van fluor op andere wijze (in tabletvorm, plaatselijk) niet geïndiceerd zou kunnen zijn.

Dit alles zal alleen dan mogelijk worden wanneer men er eindelijk toe zou overgaan een Centrum te stichten van waaruit deze problemen kunnen worden gezien, van welk Centrum men voor Nederland dan betrouwbare adviezen zal mogen verwachten.

Anderzijds blijft de vraag, wat men kan doen om de huidige generatie *klinisch* te helpen; hierover nu make men zich geen illusies.

Nòch het beschikbare aantal tandartsen, nòch de beschikbare financiën maken het mogelijk afdoende hulp te bieden en dit geldt niet alleen voor Nederland, doch evenzeer voor de overige landen.

De recente cijfers uit Amerika bewijzen dat men daar met een percentage tandartsen dat driemaal groter is dan bij ons, evenmin de massa bereikt, terwijl in Nieuw Zeeland in 1949 door de New Zealand Dental Association een „Council on Dental Health Education” is gesticht, met als doelstelling: „The dissemination of approved information to the public regarding the prevention and control of dental disease”, voorts: „Education of the public in dental health matters, assistance to members of the dental profession in gathering professional knowledge and encouragement of dental research”.

Men zou zo zeggen dat het veelgeprezen instituut der Dental Nurses daar in 40 jaar ook niet zo heel veel heeft geholpen, terwijl uit correspondentie bleek dat men van mening is, dat de reden hiervan voor een groot deel gezocht moet worden in het feit dat deze meisjes onvoldoende autoriteit bezitten om doeltreffende indruk op de patiënt te maken.

Jammer genoeg is in de Verenigde Staten, waar naast Dental Hygienists, al vele jaren op allerlei wijze grootscheepse propaganda wordt gevoerd voor betere mondhygiëne, het resultaat niet beter.

Hierbij zijn er twee mogelijkheden. De ene is dat men die propaganda naast zich neerlegt en de andere, dat — ondanks betere mondhygiëne — het tandbederf voortschrijdt. Wie objectief tegenover dit vraagstuk staat, is geneigd het laatste aan te nemen en te constateren dat de propaganda zonder twijfel heeft bereikt dat weliswaar de hygiëne, de zindelijkheid, grote vorderingen heeft gemaakt, vergeleken met nog maar enige decennia geleden, doch dat dit *niet* geleid heeft tot een noemenswaardige vermindering van de frequentie van caries en parodontose.

Zolang niet door *preventieve* maatregelen de caries kan worden bestreden zal men goed doen te bedenken, dat — in het algemeen gesproken — alleen voortdurend klinisch onderzoek en therapie het gebit voor ondergang kan vrijwaren.

Dan zal men tegelijkertijd moeten vaststellen, dat daarvoor nòch de hulp, nòch de middelen toereikend zijn en tevens dat, al ware dit wèl zo, momentéel een groot gedeelte van de patiënten deze hulp *niet of te laat* zal vragen!

Dit betekent dat het in Nederland gehuldigde systeem van propaganda voor schooltandverzorging en nazorg ondeugdelijk is gebleken, niet alleen omdat hiervoor de krachten ontbreken en het systeem daardoor op vele plaatsen tot een aanfluiting wordt, maar vooral ook omdat een belangrijk deel van de behandelde kinderen niet of niet tijdig genoeg weer onder contrôle komt.

Waar voorts de ervaring leert dat dit verschijnsel zich ook in de overige landen voordoet, zal men hiermede rekening hebben te houden. De logische oplossing ligt voor de hand. Men *controlere* de kinderen regelmatig, geve de ouders bericht wanneer de tandarts dient te worden bezocht en *beperke* zich van overheidswege tot déze maatregel. Het gevolg zal dan zijn, dat dié kinderen onder behandeling komen, wier ouders het belang daarvan inzien en men vermijdt het vele werk op patiënten, die door niet geregeld terugkomen moeizaam verrichte arbeid waardeloos maken.

Wanneer men dit tot aan de meerderjarigheid kosteloos (of althans voor geringe kosten) volhoudt, is er een grote kans dat de 21-jarige voldoende

doordrongen is van het belang van het behoud van zijn gebit, om hiermede door te gaan, ook al moet hij die verdere behandeling geheel of gedeeltelijk zèlf bekostigen. Het argument dat dit financieel wellicht moeilijkheden zal opleveren, is onaanvaardbaar, wanneer men de bedragen kent, die alleen al voor cosmetica worden uitgegeven. Het gaat er maar om wat men er voor over heeft en de appreciatie wordt op de huidige wijze zeker niet in de hand gewerkt.

Tevens bereikt men dan, dat de tandarts die hulp kan geven welke hij meent dat voor de patiënt nodig is; voorts zal de tandheilkundige Ziekenfondspraktijk, ook in de ogen van de patiënt — ophouden een hulp van de tweede rang te zijn; één van de voornaamste redenen waarom thans de tandarts voor deze hulp — en zeker in kliniekverband — allerminst geestdriftig gestemd is.

Resumerende kan men vaststellen, dat de gebitsgezondheid van het Nederlandse volk alleen dan binnen afzienbare tijd te verbeteren valt, wanneer met spoed al die maatregelen genomen worden (die zeker niet kostbaar behoeven te zijn) om via een tandheilkundig Centrum de preventieve mogelijkheden te onderzoeken en te bevorderen en voorts wat betreft de behandeling, de *contrôle* zo algemeen mogelijk te maken en slechts die patiënten te behandelen die hier *vrijwillig* de belangstelling voor opbrengen.

Dr. C h. F. L. N o r d