

### „SOCIALE” TANDHEELKUNDE

N. A. KUIPÉRI

Het woord sociale tandheelkunde wordt reeds gedurende enige decennia gebruikt, waarbij, naar ik meen, de inhoud van dit begrip meer gevoelsmatig dan feitelijk wordt geïnterpreteerd.

Veelal wordt sociale tandheelkunde zo verstaan, dat uitsluitend de tandheelkundige verzorging van groepen patiënten hieronder valt. Men legt dan de nadruk op het woord *sociale*, waarbij gedacht wordt aan massa behandeling en eventueel preventie.

Een voorbeeld hiervan is de behandeling van ziekenfondsverzekerden en van schoolkinderen. Deze behandeling is dan niet meer zoals die van één individu kan zijn, maar is minder omvattend gemaakt.

Men denkt bovendien daardoor dat deze behandeling verzekeraar is.

Nu gesteld kan worden, dat iedereen tandziek is en daardoor periodiek behandeling behoeft, lijkt het ogenblik gekomen om na te gaan of het begrip sociale tandheelkunde niet een andere inhoud heeft of dient te hebben.

Om dit te toetsen heb ik aan Prof. Dr. A. QUERIDO, hoogleraar in de sociale geneeskunde te Amsterdam, gevraagd mij een bruikbare definitie te geven van het begrip sociale geneeskunde.

Deze luidt als volgt:

De sociale geneeskunde houdt zich bezig met de gemeenschapsreacties op epidemiologische verschijnselen; het materiaal is epidemiologisch, haar methoden zijn sociologisch.

Hij gaf daarbij de volgende toelichting:

„Invloeden (van fysische, chemische, biologische of psychologische aard) die de gezondheidstoestand of de validiteit van de gemeenschapsleden aantasten op zodanige schaal, dat hierdoor het gemeenschappelijk welzijn wordt bedreigd, heten epidemisch. De studie van het krachtenspel in de gemeenschap is sociologie.”

Deze definitie, waarvoor ik Prof. Dr. A. QUERIDO hiermede mijn dank betuig, houdt toch wel heel andere zaken in dan b.v. de gedachte welke ten grondslag ligt aan het verlenen van tandheelkundige hulp b.v. aan ziekenfondsverzekerden.

Betreffende de preventie in de tandheelkundige verzorging van ziekenfondsverzekerden is het volgende illustratief.

In „nadere aanduiding van de systematisch-rationele tandheelkundige behan-

deling" dd. 25-1-1944, welke in haar algemeenheid nog heden als grondslag geldig is voor de tandheelkundige hulp aan bovengenoemde groep, staat op bldz. 13 het volgende te lezen ten aanzien van de preventieve tandheelkunde:

„Onder preventieve tandheelkunde in algemene zin pleegt men te verstaan de verzorging van het gebit van de kleuter, de schooltandverzorging, met de daarop aansluitende voortgezette halfjaarlijkse verzorging van het blijvende gebit.

Er is daarbij in zoverre van preventie sprake, dat men enerzijds door zorg aan het melkgebit afwijkingen of nadelen aan het blijvende gebit tracht te voorkomen; anderzijds de elementen van het blijvende gebit, zodra deze zijn doorgebroken en zodra enige aanleiding daartoe bestaat, door zeer vroegtijdige behandeling voor tandbederf wil behoeden.

Een omschrijving van preventieve tandheelkunde in engere zin n.l. alleen betreffende het blijvende gebit, is moeilijk te geven. Deskundigen op het gebied der *sociale tandheelkunde* zijn daarom overeengekomen, dat de *behandeling der defecten*, welke bij gesaneerde patiënten tussen de eigenlijke behandeling en de halfjaarlijkse controle ontstaan, tot de preventieve tandheelkunde dient te worden gerekend.

De behandeling van dergelijke defecten voorkomt de noodzakelijkheid van kostbaarder behandelingen, welke later nodig zouden zijn. Wordt het gesaneerde gebit regelmatig elk halfjaar gecontroleerd, dan zijn de ontstane afwijkingen gering en bovendien met eenvoudige middelen te verhelpen.”

Na lezing van het bovenstaande is het onnodig om op te merken, dat nu, in 1965, deze omschrijving geheel is achterhaald. Het is een illusie gebleken, dat vroegtijdige behandeling het gebit kan behoeden voor tandcariës.

Bovendien is de uitspraak, van de toenmaals als deskundigen op het gebied van de sociale tandheelkunde genoemden ook niet overeenkomstig de geconstateerde feiten.

Desalniettemin blijft het begrip sociale tandheelkunde beladen met de opvatting, dat het leggen van vullingen essentieel is en de verdere restauratie van het gebit bij groepen patiënten inhoud geeft aan de sociale tandheelkunde.

Bezien we nu de toelichting op de definitie van sociale geneeskunde en trachten we te beoordelen of de *tandheelkunde* aspecten heeft die in deze definitie onder te brengen zijn.

Er staat dat de invloeden van fysische, chemische, biologische of psychologische aard, die de gezondheidstoestand of de validiteit van de gemeenschapsleden aantasten op zodanige schaal dat hierdoor het gemeenschappelijk welzijn wordt bedreigd, het *epidemiologisch* onderdeel vormen van het begrip sociale geneeskunde.

Hoe is het gesteld met deze voorwaarden bij de tandheelkunde?

Wordt het gemeenschappelijk welzijn door de tandziekten bedreigd?

Ik meen hierop volmondig met „ja” te kunnen antwoorden, gezien het feit

dat gemiddeld op 53-jarige leeftijd de ziekenfondspatiënten in Amsterdam een volledige boven- en onderprothese hebben.

Gezien de gemiddelde leeftijdsverwachting van ongeveer 73 jaar is de gemiddelde patiënt 20 jaar op een totaal kunstgebit voor het kauwen van zijn voedsel aangewezen.

Het woord „bedreigd" is misschien – gezien de ervaring met volledige prothesen – wat te zwaar, een feit is dat vele patiënten zich niet gelukkig voelen en zeker hun validiteit als geringer moet worden gekenschetst.

Welke invloeden doen zich gelden bij de tandheelkunde?

De wetenschappelijke onderzoekingen geven duidelijk fysische, chemische en biologische invloeden aan voor het ontstaan van tandcariës en parodontopathieën.

Dat ook psychologische invloeden een rol spelen is herhaaldelijk in verband met het ontstaan van parodontopathieën door wetenschappelijke onderzoekers naar voren gebracht.

De epidemiologische component van het begrip sociale geneeskunde is dus geheel in het begrip sociale tandheelkunde aanwezig.

De tweede component is de sociologische.

De studie van het krachtenspel in de gemeenschap is sociologisch, staat in de toelichting.

Hier past geloof ik voorlopig een voorbehoud voor het begrip sociale tandheelkunde. Het is immers zo opvallend dat de gemeenschap in zijn geheel niet daadkrachtig meespeelt, laat staan krachten opbrengt om tandziekten te voorkomen of te bestrijden.

Natuurlijk er zijn de tandartsen, de verenigingen op het gebied van de tandheelkunde, die trachten vooruitgang in de bestrijding van de tandziekten te boeken. Maar de gemeenschapsleden i.c. de patiënten spelen nog niet actief mede, tenzij men de gang naar de tandarts als zodanig zou willen zien.

Als voorbeelden zijn er het overmatig gebruik van suiker en de zo trage invoering van het fluorideren van het drinkwater, die demonstreren dat de echte preventie in Nederland nog niet echt op gang is gekomen.

Kort gezegd, er is praktisch geen response van de gemeenschap in de zin van zelfwerkzaamheid.

Juist nu de omvang van de tandcariës ontstellende vormen heeft aangenomen, is studie gewenst.

Ik meen dan ook, dat het de hoogste tijd is om als tandartsen met behulp van deskundigen op sociologisch terrein te beginnen met studie en onderzoek. De socioloog zal te zamen met de tandarts de methode van het onderzoek en de vraagstellingen moeten opstellen. Het is zo noodzakelijk, omdat de tandheelkundige behandeling van groepen patiënten, een behandeling die zoals uit het bovenstaande blijkt ten onrechte als sociale tandheelkunde wordt betiteld, ernstig is verstoord. Om deze storing en de verwarring, welke uit het geschrevene hierover blijkt te zijn ontstaan, zo spoedig mogelijk op te heffen zal het

noodzakelijk zijn opnieuw de tandheelkundige verzorging van de gemeenschap, in de ruimste zin, op te zetten.

Een bestudering van het krachten spel in de gemeenschap ten aanzien van de tandheelkundige verzorging, een niet onbelangrijk studie-object, met zowel landelijke als plaatselijke aspecten, is een *conditio sine qua non* om tot een tandheelkundig verantwoorde oplossing te komen. Daarbij zal de *uitvoering* van de tandheelkundige verzorging ook onder de loupe genomen dienen te worden evenals de opleiding van de a.s. practici.

Dat de onderzoeken in ons land ten behoeve van de epidemiologische zijde van de sociale tandheelkunde ernstig ter hand dienen te worden genomen, is aan geen twijfel onderhevig.

De wijze waarop door juiste tandheelkundige voorlichting en opvoeding de gemeenschap inzicht moet krijgen in de preventieve maatregelen, is mede een voornaam onderdeel van de te verrichten studie.

Al met al een grote opgave die echter de belofte inhoudt, dat ook de Nederlandse bevolking de beste tandheelkundige verzorging kan gaan krijgen, die verantwoord en mogelijk is.

Osdorpplein 142, Amsterdam

## NED. VERENIGING VOOR SOCIALE TANDHEELKUNDE

### *Jaarverslag over 1964*

Aan het zojuist verschenen bovengenoemde verslag ontleen wij het volgende:

Op 31 december 1964 waren in ons land in totaal 159 diensten werkzaam ten behoeve van de gebitsverzorging van de schoolplichtige jeugd. Hiervan werkten er 118 volgens het klassieke systeem terwijl bij 35 de kinderen naar de eigen tandarts werden verwezen. Van de overblijvende 6 diensten pasten 3 het gemengde systeem toe en 3 een combinatie van systemen.

In de loop van het jaar trad een nieuwe dienst in werking terwijl 5 bestaande diensten hun werkterrein uitbreidden. Overleg omtrent invoering van enigerlei vorm van schooltandverzorging werd gevoerd met 17 gemeenten of groepen van gemeenten, omvattende tezamen 55 gemeenten. Voorverzorging (kleutertandzorg) werd toegepast door de diensten te Amersfoort, Tilburg en Zeist, in welke laatstgenoemde gemeente op beperkte schaal ook de melkgebitten werden verzorgd. In nog 13 gemeenten werd dit laatste bij wijze van proefneming eveneens gedaan. Nazorg geschiedde bij 20 diensten. Bij 10 diensten werden de kinderen na het verlaten van de lagere school een à tweemaal aangespoord tot het halfjaarlijkse bezoek aan de eigen tandarts. In enkele van de betreffende gemeenten werd op de naleving controle uitgeoefend.

Van de 1.454.500 lagere-schoolkinderen namen in totaal 752.400 deel aan de schooltandverzorging. Hiervan vielen 619.500 onder het klassieke systeem, onder de verwijzing 78.250 en onder het gemengde en gecombineerde systeem 28.550 leerlingen. Het totale aantal kinderen dat in enigerlei vorm gebitsverzorging onderging, bedroeg ongeveer 52% van de leerplichtige jeugd. In dit percentage zijn ook begrepen de kinderen

die aan de verwijzing van de onderzoekende tandarts geen gevolg geven. Anderzijds komen onder de niet-verzorgde 48% ook kinderen voor die door regelmatig bezoek aan de eigen tandarts een gesaneerd blijvend gebit bezitten. Zij nog vermeld dat in de z.g. gekapte klassen 26.100 kinderen op behandeling van de eigen tandarts zijn aangewezen en derhalve niet meer vallen onder de behandeling volgens het klassieke systeem.

Op 31 december van het verslagjaar beschikten 66 diensten over één of meer dental cars; het totaal aantal wagens bedroeg 105 waarvan in de loop van het jaar 12 nieuwe aan het wagenpark waren toegevoegd terwijl 3 ter vervanging van oude wagens waren bestemd.

Ten aanzien van de tandheelkundige personeelsbezetting zij vermeld dat in totaal 623 tandartsen bij de schooltandverzorging werkzaam waren waarvan 67 in volledige betrekking naast 556 in part-time verband. Sinds einde 1960 betekent dit een toename van 50 tot 67 volledig werkzame en een uitbreiding van het aantal ten dele ingeschakelde tandartsen met 46.

Het verslag opent met een bloemlezing uit de jaarverslagen van een aantal diensten. Wij ontlenen eraan dat in Doetinchem het benodigde aantal vullingen in één jaar tijds steeg van 7000 tot 8000 en dat op een der scholen het snoepen op de terreinen van de school werd verboden. In het Gooi bleek steeds weer het grote nut van voorlichting op de ouderavonden. In Den Haag werd een aanvang gemaakt met de behandeling van de kinderen uit het woonwagenkamp. Het deelnemerspercentage van de dienst te Horst (L.) – in totaal 9 gemeenten – bedroeg bijna 93%, getuigende van de waardering voor de s.t.v. In Kerkrade werd een wedstrijd gehouden betreffende het per school of klasse best verzorgde gebit. Met de winnende klasse werd als prijs een dagtocht naar Rotterdam en Scheveningen gemaakt.

In Maas en Waal is de belangstelling en medewerking van de ouders inzake het tandenpoetsen nihil. Toch werden in een der dorpen veel tandenborstels gekocht; deze bleken echter te worden gebruikt voor het reinigen van de bougies van de bromfietsen. B.

## EFFECT VAN DE FLUORIDERING

In het jaarverslag van de Stichting voor Schooltandverzorging in het district Tiel treft men uiteraard te vergelijken gegevens aan omtrent de verrichtingen bij de schoolkinderen in de onderscheidene deelnemende gemeenten. Daaruit blijkt o.m. dat het hoogste vullingsgetal op een der scholen 5,04 bedroeg; bij 9 schommelde het tussen 4 en 5, bij 5 om de 3, terwijl het bij 13 scholen rond 2,5 wisselde. In de gemeente Tiel daarentegen varieerde het vullingsgetal tussen 1,29 en 0,78; bij 5 van de 8 deelnemende scholen bleef het onder 1. Het gemiddelde voor het district (waarin ook dat voor de gemeente is verwerkt) was 2,29.

In het verslag wordt uit al deze gegevens de conclusie getrokken dat „de fluoridering van het drinkwater het tandbederf toch duidelijk tegengaat.”

In de statistiek treft men ook aan het percentage „goed” gebit voor de afzonderlijke scholen en het daaruit berekende gemiddelde. Het laagste percentage bedroeg 13 van de onderzochte kinderen, het hoogste (wederom in Tiel) 73. Het gemiddelde voor alle scholen in het district bedroeg 48 terwijl het voor de gemeente Tiel 68 beliep. Ruim een derde deel van de leerlingen was door de weigering van de ouders van deelneming aan de schooltandverzorging uitgesloten.