

SOCIALE TANDHEELKUNDE EN GEMEENSCHAPSTANDHEELKUNDE *)

N. A. KUIPÉRI

Inleiding

Geleidelijk begint de gedachte veld te winnen dat de gemeenschapstandheelkunde de in de praktijk toegepaste uitvoering is van de wetenschappelijk vastgestelde resultaten van de sociale tandheelkunde als onder-discipline van de tandheelkundige wetenschap. Dat dit inzicht een belangrijke stap is in de historie van de tandheelkunde kan duidelijk worden uit hetgeen hieronder over de geschiedenis, het heden en de eventuele toekomst van de in de aanhef genoemde soorten tandheelkunde zal worden geschreven.

Lector G. Dekker schrijft in zijn kanttekeningen bij het Congres Kinder-tandheelkunde 1968 (Ned. Tandartsenbl. 23 (1968) 521) o.a.: „De kindertandheelkunde vormt een probleem van de sociale tandheelkunde. Bedoeld is hier de „wetenschap” sociale tandheelkunde, die wij ten gevolge van onze zuiver tandheelkundige attitude nauwelijks enige gestalte vermochten te geven.” Hij stelt dan: „Deze jonge wetenschap stelt zich tot doel de aandoeningen van het gebit met behulp van gemeenschapsactiviteiten te voorkómen, te beperken of te behandelen en richt zich hierbij dus op de tandheelkundige diagnostiek (de epidemiologie) en behandeling van een grote communititeit”. Vervolgens stelt hij dat de nog schaarse pioniers in deze wetenschap hun eigen weg moeten zoeken, en in navolging van Amerika zal ook hier in Nederland aan de universiteit deze wetenschap onderwezen moeten worden, maar hij waarschuwt tevens voor een vooralsnog geringe belangstelling van de zijde van de studenten, gezien hun voorkeur voor een studie, die zelfstandigheid, economische zekerheid en toepassing van manueel-technische werkzaamheden in het vooruitzicht stelt.

Collega Dekker constateert dan dat „praatjes vullen geen gaatjes” hoe geestig ook bedacht ten aanzien van de tandheelkunde geen juiste opvatting meer te noemen is en vraagt al aandacht voor de specialist in de sociale tandheelkunde als equivalent voor de „Dental Health Advisor”. Voor zover is na te gaan is dit de eerste keer dat in Nederland een lector verbonden aan de opleiding voor tandarts een zó positief geluid laat horen.

Voorwaar 1969 begint goed voor de sociale tandheelkunde maar ook het betoog van Dekker geeft aanleiding tot het stellen van vragen. Is het werkelijk wel zo nodig dat de tandheelkunde zich uitputtend gaat verdiepen in sociale tandheelkunde? Moeten wij niet als tandartsen bij onze leest blijven

*) Eerder gepubliceerd in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 47 (1969): 12.

en alle caviteiten of – zoals sommigen propageren – tevens de plaatsen waar wellicht nog caviteiten zullen ontstaan uitboren en vullen? Maken we ons niet te interessant om ons ook te willen bemoeien met de reacties in de gemeenschap ten aanzien van het door ons beoefende beroep, respectievelijk de door ons te behandelen ziekten van het gebit en omgeving?

Preventie noodzakelijk

Uit mijn vorige publikaties op dit gebied is bekend dat ik wèl een voorstander ben van de bestudering van de sociale tandheelkunde. Wat echter steeds opnieuw treft is de verwarring tussen de twee in de titel genoemde soorten tandheelkunde. Om deze opvatting te adstrueren volgen hier een aantal resoluties en beschrijvingen over dit onderwerp van 1948 af. Men kan deze vinden in de *International Dental Journal*. Na de tweede wereldoorlog werd in Boston (V.S.) het Xth International Dental Congress gehouden op 4 augustus 1947. Dr. Sterling Mead sprak een rede uit waarvan het volgende wordt geciteerd: „Dental caries and periodontal diseases are widespread and similar in all parts of the world. The great problems of dentistry today are primarily research, extension of dental health care, and dental education. It is important to all nations that definite progress be established so that every child may get dental care and receive an examination at least once a year. This should be followed by definite programs of dental information or dental education”.

Wat nu opvalt is dat er met geen woord gerept wordt over een toch zeer voorname taak, namelijk een gezonde tand gezond te houden, d.w.z. niet: aanwezig tandbederf weg te boren en een vulling te leggen maar te voorkomen dat tandbederf het element aantast.

In de *International Dental Journal* 1949, pag. 146-151, toen nog Bulletin geheten evenals in 1948, staat echter een lezing gepubliceerd van Dr. Ahlcrona uit Zweden, waarin deze stelt: „For, ladies and gentlemen, what is the real aim of our work as dentists? Is it to fill the mouths of our patients with elaborate gold and porcelain fillings and protheses of different kinds, or is it to treat our patients in such a way that caries, and thereby also the restorative work, is reduced to a minimum? If you agree with me that the latter is our real aim, may we then put in all our efforts to carry through, in our own environment, all prophylactic measures that we now know, fully aware of the great social responsibility we have as dentist in this respect. But „charity begins at home”, you say! May we, therefore, in our own homes try to do as we preach, and by the results we will get, we shall soon be able to convince all those who do not believe in our ideas that we are right.”

Dr. Ahlcrona beveelt o.a. aan als profylactische maatregel het suiker-
verbruik drastisch te verminderen. De volgende twee resoluties werden in de vergadering van de *Fédération Dentaire Internationale* aangenomen:

1. that the Secretary General of the World Health Organization be re-

quested to furnish to the Commission annually an abstract of world public dental statistics,

2. that the Commission of Public Dental Service will occupy the years before the 1952 Congress in the preparation of a report on World Public Service, with recommendations thereon.

Deze beide resoluties geven niet veel te lezen over de door Dr. Ahlcrona aangegeven profylactische maatregelen.

De Commission of Public Dental Service overhandigde de volgende resolutie aan het Bureau van de F.D.I.

The F.D.I. expresses its strong conviction: that the dental health of the people of any nation can only be secured by the applications of scientific measures of prevention and control of dental disease in children. That widespread treatment programmes for the adult population of any nation should be instituted only after proper provision has been made for the adequate dental care of the child population.

Wij kunnen constateren dat deze resolutie althans enige nadruk legt op preventieve maatregelen en wijst op de noodzaak eerste prioriteit te verlenen aan de kinderen.

H. Broekhuizen poneerde in zijn lezing gehouden in juli 1950 te Parijs de volgende stelling ten aanzien van de sociale tandheelkunde: „Social dentistry is a science”. Hij gaf de volgende taakbeschrijving:

„Social dentistry aims to provide those groups of the population who need it most with the benefits in knowledge derived from oral hygiene and practical dental surgery. Social dentistry is interested only in a dental disease in so far as this appears as a groupdisease or endemic in character, and will try to discover the cause, as well as methods of prevention. Social dentistry should have as its task, the following:

1. the investigation into the incidence of dental caries in respect of social conditions,
2. the investigation into the factors which influence the incidence of dental caries,
3. the indication of the means by which the unfavourable factors of dental caries incidence may be excluded,
4. the indication and application of methods of treatment by which the population can be made dentally fit,
5. the propagation of oral hygiene,
6. the indication of the means for the prevention of dental caries.”

Tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van de F.D.I. te Brussel in juni 1951 werden de stellingen van Broekhuizen gedurende een bijeenkomst van de Public Dental Health Service Commission besproken, – Intern. Dent. J. (1952) 425 – na een voorafgaande toelichting door de opsteller waaruit het volgende wordt geciteerd (stencil nr. 176, d.d. 4-6-1951, archief A.T.Z.): „As a result of the fact – among other things – that social dentistry busies itself with the study of relations between society and dental disease and

dental fitness – it is a science; a practical science which applies sociology and dentistry to society. Naturally, it possesses – like whole science of dentistry which is also a practical science – its theoretical and observational task. It also comprises oral hygiene. Social dentistry is the whole of dental theories and actions in relation to human society. Dentistry is primarily directed to the individual, while social dentistry is directed to society... Should the individual practitioners of dental surgery restrict themselves to the treatment of individual patients, then they apply other standards and they work according to other theories than those applied by social dentistry or thereby developed. If we dentists neglect to study and apply the social aspect of our profession then we risk sociologists applying themselves to dentistry and – instead of a social dental affair – a dental sociological one will be the result.”

Deze stelling en taakomschrijving gaat verder in de richting van een goede omschrijving maar laat duidelijk zien dat nog steeds de actieve beoefening van het „vak” als voornaamste maatregel tot verbetering van de gebitstoestand wordt beschouwd.

Zoals Dekker schrijft dat de kindertandheelkunde een probleem is van de sociale tandheelkunde terwijl de pedodontie een specialisme van de gehele tandheelkundige wetenschap is, is de pedodontie evenals de kindergeneeskunde het specialisme dat het kind als zelfstandige entiteit en niet als kleine volwassene ten dienste staat.

Uit het bovenstaande blijkt dat cariësonderzoek, preventieve tandheelkunde, tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding alle in de jaren 1948, 1949 en 1950 gezien werden als onderwerpen, die bij de sociale tandheelkunde konden worden ingedeeld.

Het waren L. J. M. Spoorenberg in een artikel in het september-nummer van 1951 van de Intern. Dent. J. op pag. 109, en John. W. Gilbert, LDSRSC, in het juni-nummer 1952 van de Intern. Dent. J., pag. 496, die een uiteenzetting gaven over de organisatie van de „sociale tandheelkunde” in Nederland en in Engeland en Wales, in het kader van hun werkzaamheden in de commissie voor Public Dental Services. In beide artikelen krijgt de organisatie van de behandeling alle aandacht en Spoorenberg besteedt reeds veel aandacht aan de noodzaak van behandeling in de schooltandverzorging. Bij de discussie over deze rapporten was het Spoorenberg die in repliek als volgt wordt geciteerd op pag. 537 van het juni-nummer 1953 van de Intern. Dent. J.: „L. J. M. Spoorenberg, Holland, in replying to the discussion referred to the importance of the prevention of dental disease and said that, as long as there was not any really effective means of prevention, those who were engaged in the dental field had to regard very early treatment as a sort of prevention”.

Sociale tandheelkunde

Vooral deze laatste uitspraak die eigenlijk op de preventieve tandheelkunde

betrekking heeft en niet op de sociale tandheelkunde, is kenmerkend voor de gedachtenwereld van die jaren. Wij weten nú dat juist toen de proeven genomen met kiemvrije dieren door Fitzgerald en Keyes op wetenschappelijke wijze aantoonde dat de combinatie sucrose en bacteriën – waarvan voornamelijk de cariogene streptococci – de oorzaak is van tandcariës. Als zeer progressief werden de hulpkrachten – mondhygiënist – genoemd, maar steeds werd daarbij uitdrukkelijk vermeld dat de volledig bevoegde tandarts de verantwoordelijkheid inzake de behandeling moet blijven dragen.

Het is enige jaren later dat G. H. Leatherman, D.M.D., F.D.S.R.C.S., een beschouwing houdt over Dentistry and its Future, juni-nummer 1961 Intern. Dent. J., pag. 143. Onder het hoofd: „Dentistry and social progress” schrijft hij: „Dental practice has, moreover, not kept pace with social progress in most countries. There is no doubt that in some countries the profession is facing problems to which the solutions have not been taught in the schools... To the average dentist in practice, concerned mostly with personal problems, public health dentistry, dental welfare and service to the community are political slogans.”

Leatherman raakt hiermede de spijker goed op de kop daar deze mening ook heden nog vaak wordt gehoord. Het woord „social” is in de Angelsaksische landen vaak vertaald door socialistisch en in ons land vaak verward met de behandeling van de socius. Er wordt dan gedacht dat sociale tandheelkunde de behandeling inhoudt van groepen personen.

In mijn artikel hierover gepubliceerd in het Ned. T. v. Tandheelk., juni 1965, pag. 495, is getracht aan dit misverstand een einde te maken door de definitie van sociale geneeskunde, mij desgevraagd gegeven door Prof. A. Querido, hoogleraar in de Sociale Geneeskunde aan de universiteit van Amsterdam, te toetsen voor de sociale tandheelkunde.

In het december-nummer 1964 van de Intern. Dent. J., pag. 520, geeft J. Ferris Fuller B.D.S., F.D.S.R.C.S. een overzicht dat de titel draagt: „A regional programme in Public Dental Health”. In dit artikel staat: „a. There is a need for member countries to make a more thorough survey of the size and severity of national dental problems, to assess their seriousness relative to other health problems and to determine the causes for differences manifested between and within different ethnic or geographic groups of people; b. There is an urgent need for an interchange of information and experience between member countries and this would be greatly facilitated by the appointment of a dental consultant to the Regional Office. This consultant should be a dental epidemiologist.”

Hierbij kan worden geconstateerd dat een belangrijk onderdeel van de wetenschap sociale tandheelkunde gesignaleerd is en een waardevolle suggestie is gedaan. Interessant is wellicht te vermelden dat op pag. 564 van het december-nummer 1965 van de Intern. Dent. J. staat vermeld: „Since the Commission is attempting to develop a definition of Public Dental Health

Services, it was agreed that the definition in the W.H.O. Expert Committee Report should be examined. The definition in the report reads as follows: Public dental health services are those dental health services of an educative, preventive or curative nature, organized by government (central, regional or local) with its exclusive resources or with participation from other individuals or agencies, or through organized community efforts."

Het bij elkaar voegen van vele onderdelen van de tandheelkunde onder één noemer is kennelijk onderkend. Eind 1966 was er nog geen overeenstemming over een nieuwe definitie. Naar ik meen zelfs nu nog niet! In het maart-nummer 1967 van de Intern. Dent. J., pag. 83, staan twee artikelen waarvan één genaamd Dentistry and the Social Sciences waarin Dr. Ner Littner (Medical Director, Institute for Psychoanalysis, Chicago) aandacht vraagt voor het gedrag van de patiënten ten aanzien van de tandheelkundige behandeling. Onder voorzitterschap van Dr. R. O. Walker werd de methodiek van de T.G.V.O. (Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding) besproken. Het tweede artikel van de hand van N. David Richards, M.A., is getiteld: Social sciences and dentistry: A sociological appraisal. Met deze twee artikelen heeft de sociologische component van de sociale tandheelkunde zijn intrede gedaan.

In het december-nummer 1967 pag. 764, van de Intern. Dent. J. stelt William R. Mann, D.D.S., M.S., op duidelijke wijze social dentistry als leervak op de universiteit. Hij schrijft: „The major thrust of the development of dental education in the next decade will probably be to prepare graduates who will thoroughly understand the profession and its relationships to society and who will be as capable as possible of caring for the total needs of the people. Research and the resultant improvement of methods of treatment will continue at a very high level, but this facet of dental teaching will be overshadowed by the emphasis upon the social and moral responsibilities of dentistry. No less emphasis will be placed upon the quality of patient care; rather, the quality will be maintained but a better balance will be brought about in terms of student understanding of the dentist's responsibility to society."

Van dit artikel kan gezegd worden dat de noodzaak om zowel de epidemiologie als de sociologie te bestuderen in het kader van de sociale tandheelkunde als wetenschap duidelijk wordt aangetoond en er zo spoedig mogelijk mede moet worden begonnen.

In bovenstaande inleiding is getracht de ontwikkeling in het denken over de sociale tandheelkunde als onderdeel van de gehele tandheelkundige wetenschap chronologisch van 1948 af te volgen aan de hand van artikelen en uitspraken die gepubliceerd werden in de Intern. Dent. J., het Ned. T. v. Tandheelk. en het T. v. Soc. Geneesk., pag. 602 van nummer 16, d.d. 12 augustus 1966, en pag. 877 van nummer 24, d.d. 29 november 1968.

Evolutie in het denken

Duidelijk is dat er een evolutie in het denken op gang is gekomen. Niet langer wordt het beoefenen van het manueel-technisch kunnen aan de tandartsstoel als het alléén zaligmakende gezien. Het leggen van veel vullingen bij veel patiënten is niet langer de eerste taak van de tandarts. Integendeel, de primaire preventie en de secundaire preventie door middel van de beoefening van de pedodontie worden door allen die betrokken zijn bij de verzorging van een populatie, als de voornaamste middelen gezien ter bestrijding van de ziekten van het gebit en zijn omgeving. Ik waag echter nog verder te gaan en de bestudering van de sociale tandheelkunde als allervoornaamste opgave aan de toekomstige tandarts aan te bevelen. De eerder gestelde vraag of de tandarts zich niet bij zijn „vullingleest” moet houden, is m.i. voldoende door het bovenstaande weerlegd. Ook is het gezien de publikaties hierover volkomen verantwoord dat de tandarts zich indringend bemoeit met de sociologische reacties ten aanzien van zijn beroep. Enige voorbeelden mogen dit onderstrepen.

Wij willen graag weten in welke mate de patiënt geïnteresseerd is in het behoud van een goed gezond gebit en wat minstens even belangrijk is: hoe lang vindt hij dit bezit belangrijk? Is de patiënt bereid om offers hiervoor te brengen en voor hoelang? Het continueren van het halfjaarlijks bezoek aan de tandarts is een gegeven dat bij verzekerden bij een ziekenfonds reeds enige twijfel open laat. Speelt de huwelijksdatum of het verschijnen van de eerste baby een rol bij het gedrag ten aanzien van het tandartsbezoek? Al deze vragen, en er zijn er nog vele te stellen, moeten beantwoord worden voordat gesproken kan worden over vraagstukken als tandartsenbehoefte, opleiding van mondverzorgster, etc. Van belang is te weten of de bevolking open staat voor T.G.V.O. Daarna kan pas deze zo belangrijke voorlichting en opvoeding gezien de aard van de tandziekten goed tot zijn recht komen.

De definitie van sociale tandheelkunde naar analogie van de definitie van sociale geneeskunde van Prof. Querido luidt:

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

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

M.i. is deze definitie zeer goed te gebruiken voor de wetenschappelijke benadering van de tandziekten (N. A. Kuipéri: Sociale tandheelkunde, juni 1965, nummer 6 van het Ned. T. v. Tandheelk., pag. 495).

Hierboven zijn reeds enkele voorbeelden gegeven van onderwerpen van studie van het sociologische deel van de opdracht. Nu volgen enkele voor-

beelden voor het epidemiologische deel. Van belang is te weten hoeveel tandbederf in de gemeenschap op een bepaald moment en bij bijv. kinderen op een bepaalde leeftijd, aanwezig is om uitvoering te geven aan een doelmatige behandeling. Van belang is te weten of en wanneer grote bevolkingsgroepen moeten overgaan op het laten vervaardigen van een kunstgebit. Ook hier zijn nog vele vragen niet wetenschappelijk bestudeerd terwijl de mogelijkheid tot meting aanwezig is. Wanneer de uitkomsten van al deze studies bekend zijn, kunnen deze in de praktijk worden toegepast.

Gemeenschapstandheelkunde

De toepassing van de gevonden wetenschappelijke resultaten der sociale tandheelkunde kan men noemen: gemeenschapstandheelkunde. Hierbij zijn betrokken de beoefening van de T.G.V.O., de preventieve tandheelkunde, de pedodontie (cariës ontstaat immers op zeer jeugdige leeftijd), de conserverende tandheelkunde, de orthodontie, de gnatologie, de paradontologie en prothetische tandheelkunde. Kortom al deze onderdelen van de tandheelkunde worden nu toegepast bij de bevolking of bij groepen der bevolking, binnen de grenzen van het naar mankracht, plaats en tijd mogelijk geblekene.

Hoe belangrijk de individuele benadering en behandeling van de patiënt ook is, op de achtergrond dient steeds het besef aanwezig te zijn dat we bij de voornaamste tandziekten, namelijk cariës en parodontopathieën, te maken hebben met ziekten welke grote groepen van de bevolking – in feite bij de cariës de gehele bevolking vroeg of laat en helaas vaak zeer vroeg – doen lijden. Deze gedachte is in de sociale wetgeving gerealiseerd door voor allen het verkrijgen van tandheelkundige hulp mogelijk te maken.

Voorbeeld hiervan is de schooltandverzorging evenals de hulp op grond van de Ziekenfondswet. Van belang is echter of op grond van de sociaal-tandheelkundige onderzoeken het aanbeveling verdient allen de meest uitgebreide hulp aan te bieden. Worden de daartoe beschikbaar gestelde gelden zo efficiënt mogelijk gebruikt? Als voorbeeld kan het volgende gesteld worden. Patiënten, die ondanks herhaalde voorlichting toch weer steeds bij de tandarts komen met een mond die niet aan de geringste eisen van hygiëne voldoet en die het niet nodig vinden om het bij herhaling in de mond brengen van sucrose te verminderen, hebben naar mijn mening geen recht om op kosten van de gemeenschap een tandheelkundige verzorging te verkrijgen door middel van gouden kronen etc. Daarentegen hebben m.i. patiënten die wel medewerken om hun ziekte te bestrijden recht om uit de gemeenschapsgelden bij bijv. een ongeval waarbij een tand is afgebroken een jacketkroon te krijgen indien zulks tandheelkundig mogelijk is.

Ook komt hierbij de T.G.V.O. aan de orde. Indien blijkt na de daartoe gedane onderzoeken dat een gedeelte van de bevolking deze voorlichting op prijs stelt, dan moeten alle middelen welke deze tak van gemeenschapstandheelkunde ten dienste staat worden benut.

Steeds dient beseft te worden dat cariës niet te genezen valt in de strikte zin van het woord. Ontstane cariës is slechts te restaureren. De allereerste taak van de gemeenschapstandheekunde is om het gezonde gebit te behouden voor aantasting. Vandaar dat T.G.V.O. dient te beginnen bij de aanstaande en jonge moeder en de controle door de tandarts bij de geboorte. Hij zal zich ervan moeten overtuigen dat er geen afwijkingen zijn aan de kaken en weke delen van de mond. Wanneer het eerste tandje doorbreekt, gemiddeld op de leeftijd van 6 maanden na de geboorte, dan dient de tandarts zijn begeleiding van het doorbrekende melkgebit en later bij het doorbreken van het blijvende gebit voort te zetten. Dit alles kan voor groepen gerealiseerd worden op bestaande bureaus en daarnaast zal zeker plaats zijn voor individuele behandeling van de patiënt in de spreekkamer van de tandarts.

Gemeenschapstandheekunde zal ook de taak en werkwijze van daartoe opgeleide hulpkrachten omvatten. Denken we daarbij bijv. aan het geven van T.G.V.O. door mondhygiënisten, wijkverpleegsters, kleuterleidsters enz. Vroegtijdige diagnose van orthodontische afwijkingen bij kleuters op de kleuterscholen is van groot belang. Het is tot schade van het kind indien afgewacht wordt of de ouders het nodig vinden een tandarts te bezoeken.

De onderdelen van de gehele tandheekunde hebben uiteraard kleinere en grotere raakvlakken. Dit is ook het geval met de gemeenschapstandheekunde. Conserverende en prothetische tandheekunde hebben een dergelijk raakvlak bijv. bij het vervaardigen van kronen en bruggen. De preventieve tandheekunde die, gezien de aard van de voornaamste tandziekten, ook als taak de research van deze ziekten heeft, heeft bijgedragen tot het op heden beschikbaar zijn van twee belangrijke preventieve maatregelen, namelijk de beperking van het sucrosegebruik en de drinkwaterfluoridering. De uitvoering van deze maatregelen bindt de preventieve tandheekunde sterk aan de gemeenschapstandheekunde. Deze raakvlakken zullen bij het toenemen van de studie in de onderscheiden soorten tandheekunde – daarbij is ook met aandacht de studie in de pedodontie te volgen – soms groter worden, maar ook is denkbaar dat indien de preventieve maatregelen hun effect gaan tonen dat sommige raakvlakken gaan verkleinen, zo niet verdwijnen. Als voorbeeld kan gelden dat wanneer iedereen gefluorideerd drinkwater drinkt en minder sucrose nuttigt, het onderzoek naar de gedragingen van de bevolking op dit terrein niet meer nodig is. Het zal wel te optimistisch zijn om te verwachten dat cariës een ziekte wordt die of geheel verdwenen is of pas op de leeftijd van 50 jaar begint.

Nederland

Na bovenstaande beschouwing is het wellicht van belang om de ontwikkeling in Nederland sedert 1948 in vogelvlucht te overzien.

Eerst de wetenschap sociale tandheekunde. Tot op heden is er, zoals Dekker ook al schreef, aan de universiteiten gedurende de opleiding voor

tandarts niet veel aandacht aan besteed. Toch was er wel reden geweest omdat de ziekenfondsen al lang voor de tweede wereldoorlog, sommige reeds voor de eerste wereldoorlog tandheelkundige behandeling, weliswaar op kleine schaal, aan groepen van de bevolking deden geven; de schooltandverzorging bestond ook reeds in de twintiger jaren. De invoering van de verplichte verzekering heeft deze activiteiten sterk doen toenemen. In 1948 was zelfs de tandheelkundige dienst van de Koninklijke Landmacht zowel als van de Koninklijke Marine een grote zelfstandigheid toebedeeld. Het nut van systematische behandeling dat in het begin van de dertiger jaren in het N.P.P. (niet-particuliere patiënten)-rapport was neergelegd, werd ingezien en vele tandartsen behandelden deze groepen patiënten. De Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde, opgericht aan het eind van de jaren twintig en de Centrale Raad voor Sociale Tandheelkunde, de laatste speciaal voor de schooltandverzorging, hebben getracht tandheelkundige en organisatorische richtlijnen te geven om de ontwikkeling ten dezen te stimuleren. Uit dit alles blijkt dat de ontwikkelde activiteiten alle behoren tot de gemeenschapstandheelkunde. De wetenschap sociale tandheelkunde heeft zich niet ontwikkeld tot nu toe en naar mijn mening is het daaraan te danken dat wij heden voor een situatie geplaatst zijn waaruit het haast onmogelijk lijkt met redelijke veranderingen te geraken. De voorschriften van het ziekenfondsenbesluit tandheelkunde zijn regelmatig aangepast maar zonder enige visie ten aanzien van de problematiek. Steeds is weer getracht om zoveel mogelijk caviteiten te behandelen; dit werd zelfs gezien als een maatstaf voor het peil waarop de verzorging van ziekenfondsverzekerden staat.

Dat in Nederland bij 12-jarigen slechts 1% aangetroffen wordt met een gaaf eigen gebit geeft een beter inzicht in de werkelijkheid. In de laatste paar jaar wordt getracht de T.G.V.O. van de grond te krijgen en ook hier wreekt zich het ontbreken van studies in de sociale tandheelkunde. Desondanks mag niet worden vergeten dat vele tandartsen zich bijzonder hebben ingespannen om met de aanwezige middelen het gebit bij de bevolking zolang mogelijk te behouden.

In de afgelopen jaren is echter een tendens bij de tandartsen waar te nemen om de behandeling van kleuters, schoolkinderen en ziekenfondsverzekerden te beëindigen respectievelijk niet meer aan deze vormen van verstrekking deel te nemen. Hierdoor ontstaan grote hiaten in de behandeling gedurende de jeugd van de patiënt en is vaak de mond reeds in een voor cariës zeer gunstige toestand bij het begin van de leerplichtige leeftijd, een waarlijk zeer ongunstig perspectief voor onze jeugd.

Het is in Nederland de hoogste tijd om met veel energie te beginnen aan de bestudering van de sociale tandheelkunde. De enkele onderzoeken op het gebied van de epidemiologie van de cariës kunnen als een aanmoediging hiertoe worden gezien.

Samenvatting:

Er wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling sedert 1948 van het denken over sociale tandheelkunde in internationaal verband. Een beschouwing wordt gegeven over de sociale tandheelkunde als wetenschap met daaraan verbonden de uitvoering die de naam gemeenschapstandheelkunde werd toegedacht. Volgens een kort overzicht van de ontwikkeling in Nederland vanaf 1948. Geadviseerd wordt direct met energie de studie van de sociale tandheelkunde ter hand te nemen.

Summary:

Social dentistry and community dentistry.

In this paper a review is given of the development of social dentistry in the thoughts of dentists according to publications in the Intern. Dent. J., the Ned. T. v. Tandheelk., the T. v. Soc. Geneesk., and the Ned. Tandartsenblad.

The science social dentistry has not been developed. Most writers have mixed up this science with the treatment of small or large groups of the population. This treatment should be called community dentistry and will bring to the population the results of the studies in social dentistry in a practical form. A brief review of the situation in The Netherlands concludes the article. The writer advises to start immediately with the study of social dentistry to prevent that dentistry and the dentists are losing the battle against the dental diseases.

Backershagen 73,
Amsterdam.