

(TANDHEELKUNDIGE) GEZONDHEIDSVOORLICHTING
EN -OPVOEDING
– WAAROM EN HOE?*)

Uit het Instituut voor
Preventieve en Sociale Tandheelkunde
van de Katholieke Universiteit
te Nijmegen.
Hoofd: Prof. Dr. K. G. König.

A. J. M. PLASSCHAERT

1. Waar gaat het om?

Bij de beleidsbepaling is het van belang te weten welke ziekten/afwijkingen het meest frequent voorkomen en het meeste en grootste aandeel van de beschikbare mankracht en middelen opeisen. Helaas beschikken wij in ons land over weinig 'harde' gegevens; wel is het mogelijk langs indirecte weg meer zicht te krijgen op de omvang van tand- en mondziekten. Tand- en mondziekten en -afwijkingen worden behandeld; deze behandeling kost geld. Uit de kosten van tandheelkundige behandeling van ziekenfondsverzekerden blijkt mogelijk waar de grootste knelpunten liggen. In tabel I is een overzicht gegeven van de kosten van de tandheelkundige huisbehandeling aan ziekenfondsverzekerden in ons land (Commissie Tandheelkundige Statistiek, 1974). Voor de jaren 1969, 1970 en 1971 is in miljoenen guldens aangegeven hoeveel van de totale kosten besteed werd aan extracties, vullingen, halfjaarlijks onderzoek, tandsteenverwijdering, prothesen en overige verrichtingen. Wanneer we aannemen dat extracties, vullingen

Tabel I. Overzicht van de kosten van tandheelkundige huisbehandeling aan ziekenfondsverzekerden (miljoen guldens). Gegevens verstrekt door de Commissie Tandheelkundige Statistiek van de Ned. Mij t.b.v. Tandheelkunde (Ned Tandartsenbl 1974: 29, 179)

	1969		1970		1971	
	milj.	%	milj.	%	milj.	%
extracties	10,5	9,1	12,1	9,2	16,6	10,8
vullingen	52,0	45,0	59,0	44,7	67,0	43,6
½ jr. onderz.	11,0	9,5	12,6	9,6	14,7	9,6
tandsteenverw.	5,0	4,3	5,9	4,5	7,5	4,9
prothesen	31,4	27,2	36,0	27,3	40,5	26,4
overige	5,6	4,8	6,3	4,8	7,4	4,8
totaal	115,5	100	131,9	100	153,7	100

*) Voordracht gehouden ter gelegenheid van het 60-jarig bestaan van de Afdeling Gelderland van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, op vrijdag 3 mei 1974 te Arnhem.

en prothesen behandelingen zijn, die het gevolg zijn van tandcariës en parodontale aandoeningen dan blijkt dat ongeveer 81% van de totale kosten van tandheelkundige behandeling het directe gevolg is van tandcariës en parodontale aandoeningen. De ernst van de situatie is het duidelijkst te verifiëren aan de toestand van tanden en kiezen bij kinderen uit Nijmegen die onderzocht werden op 7- en 9-jarige leeftijd resp. in 1969 en 1971.

Hoe is de situatie van het melkgebit, voor wat betreft de tandcariës en de gevolgen daarvan?

Tabel II laat zien dat op 7-jarige leeftijd gemiddeld per kind 15,6 melktanden en -kiezen aanwezig waren. De overige van het totaal van 20 melktanden en -kiezen zijn door wisseling op deze leeftijd verloren gegaan. Wij vonden dat bij 1,2% van hen de melktanden en -kiezen gaaf waren en dat van het totaal aantal beoordeelde melktanden en -kiezen gemiddeld ongeveer 58% was aangetast, gevuld of getrokken. Twee jaar later, toen de kinderen 9 jaar oud waren, waren minder melktanden en -kiezen aanwezig als gevolg van de wisseling; het percentage kinderen met gave melktanden en -kiezen was iets hoger (4,1%), doordat de gave melktanden en -kiezen natuurlijk het langst in de mond aanwezig bleven. Het gemiddeld aantal aangetaste, gevulde en getrokken melktanden en -kiezen, uitgedrukt in procenten van het totaal aantal

Tabel II. Gegevens over de melktanden en -kiezen van kinderen uit Nijmegen op 7- en 9-jarige leeftijd (N = 656). Het betreft onderzoekgegevens uit 1969 en 1971.

leeftijd	aantal aanwezige tanden en kiezen, gemiddelde per kind	% kinderen met gave melktanden en -kiezen	gemiddeld aantal aangetaste, gevulde en getrokken melktanden en -kiezen
7 jaar	15,6	1,2	9,0 (57,9%)
9 jaar	10,4	4,1	6,9 (66,3%)

Tabel III. Gegevens over de blijvende tanden en kiezen van kinderen uit Nijmegen op 7- en 9-jarige leeftijd (N = 656). Onderzoek vond plaats in 1969 en 1971.

leeftijd	aantal aanwezige tanden en kiezen, gemiddelde per kind	% kinderen met gave tanden en kiezen	gemiddeld aantal tanden en kiezen		
			gat(en)	gevuld	getrokken
7 jaar	8,0	14	0,7 9,2%	1,1 14,3%	0,01 0,2%
9 jaar	13,6	1,2	0,6 4,5%	2,5 18,7%	0,04 0,3%

aanwezige melkelementen, bedroeg 66,3%. Al met al een weinig rooskleurig beeld.

Om een indruk te krijgen hoe snel het cariësproces verloopt zullen wij nagaan bij dezelfde kinderen, hoe het met de blijvende tanden en kiezen was gesteld.

Vanaf 6-jarige leeftijd breken er regelmatig nieuwe blijvende gebitselementen in de mondholte door. Tabel III laat zien dat op 7-jarige leeftijd gemiddeld 8 blijvende tanden en kiezen aanwezig waren. Daarvan was 14,3% reeds gevuld, 9,2% had één of meer gaten en 0,2% was getrokken. Het percentage kinderen met gave tanden en kiezen bedroeg 14.

Volgen we dezelfde kinderen tot het negende jaar, dan blijkt dat natuurlijk het aantal aanwezige tanden en kiezen gemiddeld per kind was toegenomen, maar dat het percentage kinderen met gave tanden en kiezen, sterk gedaald was en nog maar 1,2 bedroeg op 9-jarige leeftijd. Het percentage gevulde tanden en kiezen van het totaal aantal beoordeelde gebitselementen was toegenomen. Er werden minder caviteiten gevonden en het gemiddeld aantal tanden en kiezen, dat werd getrokken, was gering. Wat de parodontale aandoeningen betreft zijn er nauwelijks gegevens bekend, de enige aanwijzingen die er zijn, zijn weinig hoopgevend.

2. T.G.V.O. als onderdeel van tandheelkundige gezondheidszorg

Het is niet de eerste keer, dat de zojuist geschetste, bedroevende situatie wordt gesignaleerd. De vraag dringt zich op wat er in al de achter ons liggende jaren dan wel gedaan is aan dit brandende probleem. Mogelijk kan het antwoord op deze vraag ons duidelijk maken in welke richting de tandheelkundige gezondheidszorg zich zal moeten ontplooiën. Mogelijk is dit het beste duidelijk te maken aan de hand van een indeling van de tandheelkundige gezondheidszorg die ontleend werd aan een voordracht van Mevr. Rouwenhorst (1974), die een jaar geleden voor de

Vereniging van Sociale Geneeskunde werd gehouden. Er zijn drie categorieën mogelijkheden van tandheelkundige gezondheidszorg te onderscheiden:

1. het uitvoeren van voorschriften;
2. het beschikbaar stellen van voorzieningen;
3. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, derhalve T.G.V.O.

Laat ons nu voor ieder van deze 3 categorieën eens nader bezien, welke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan. Hierbij zullen de eerste 2 punten slechts kort worden toegelicht en zal het accent verder liggen op het derde punt: de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

2.1. Uitvaardigen van voorschriften

De omschrijving zegt het al, het gaat hier om voorschriften, die b.v. door tandartsen aan hun patiënten worden gegeven. Hierbij gaat het om aanbevelingen als: 'beter poetsen', of: 'Umoet ieder halfjaar voor controle komen'. Hiertoe moet ook gerekend worden het foldermateriaal, dat wij als tandartsen aan onze patiënten meegeven. Foldermateriaal zoals dat al sinds 1911 door *Het Ivoren Kruis* wordt verspreid. Om een indruk te geven van de schaalvergroting die zich op dit terrein heeft voorgedaan, de volgende getallen.

Het Ivoren Kruis verspreidde tot 1960 gemiddeld per jaar 25.000 folders, sinds 1960 is dit aantal gestegen tot 750.000 gemiddeld per jaar, waarbij verleden jaar zelfs bijna 1 miljoen folders werden verspreid.

Het is al meer gezegd; een stijging van de verspreiding van het aantal folders met 300% heeft niet een gelijke daling van het tandbederf tot gevolg gehad. Integendeel, het tandbederf is sterker toegenomen. Het eenzijdig uitvoeren van voorschriften of doen van aanbevelingen schijnt niet tot het gewenste resultaat te leiden, hoe goed de bedoelingen ook zijn, hoe groot ook de inspanningen en de moeite, die men zich heeft

moeten getroosten, om deze schaalvergroting te realiseren. Er zijn factoren in het spel, die sterker zijn dan onze activiteiten op dit terrein.

2.2. Beschikbaar stellen van voorzieningen

Hieronder verstaan wij alle voorzieningen van tandheelkundige gezondheidszorg, het opleiden van tandartsen en hulpkrachten, het ziekenfondsverstrekkingenpakket, de schooltandverzorging, etc. Het is genoegzaam bekend dat ook hier zich een enorme schaalvergroting heeft voorgedaan, om aan de toenemende vraag naar tandheelkundige hulp tegemoet te kunnen komen. Voorbeelden zijn: de uitbreiding van opleidingsmogelijkheden voor tandartsen van twee in 1948 tot vijf in de zestiger jaren; het starten van vier opleidingen voor mondhygiënist in de afgelopen zes jaar. Ter illustratie staan in tabel IV enkele gegevens met betrekking tot de schaalvergroting bij de diensten voor schooltandverzorging.

Tabel IV. Enkele gegevens met betrekking tot de schaalvergroting bij de diensten voor schooltandverzorging

jaar	aantal diensten	aantal tandartsen	
		part-time	full-time
1944	18	?	?
1954	38	?	?
1963	122	565	60
1973	120 ^{*)}	580	145

^{*)} Een aantal diensten zijn door reorganisatie samengevoegd.

Uit deze gegevens blijkt duidelijk, dat met man en macht gewerkt is aan het oplossen van de tandheelkundige noodsituatie, waarin wij in ons land verkeren. Dat dit niet tot het gewenste resultaat heeft geleid, vindt onder meer zijn oorzaak in het feit dat veel van de voorschriften en voorzieningen gericht waren en zijn op een symptomatische bestrijding van de afwijkingen aan gebitselementen en steunweefsels. Het restaureren van caviteiten – hebben wij nu onderkend – leidt niet tot de oplossing van het cariësprobleem. Het zwaartepunt van de tandheelkundige gezondheidszorg is verlegd in de richting van de preventie, getuige alleen al het feit dat er sinds 1967 aan vier van de vijf subfaculteiten leerstoelen gecreëerd werden in de Preventieve (en Sociale) Tandheelkunde. Het is duidelijk geworden, dat wij het met maatregelen en voorzieningen alleen niet redden. Er is meer nodig: een directe relatie met de mens.

Rouwenhorst (1974) zegt hierover: 'Bij GVO wordt mét de mens samengewerkt. Dit laatste aspect, het betrekken van de mensen bij hun eigen gezondheidsproblemen is mijns inziens de derde component van de gezondheidszorg, alle pogingen daartoe kunnen gevat worden onder de term':

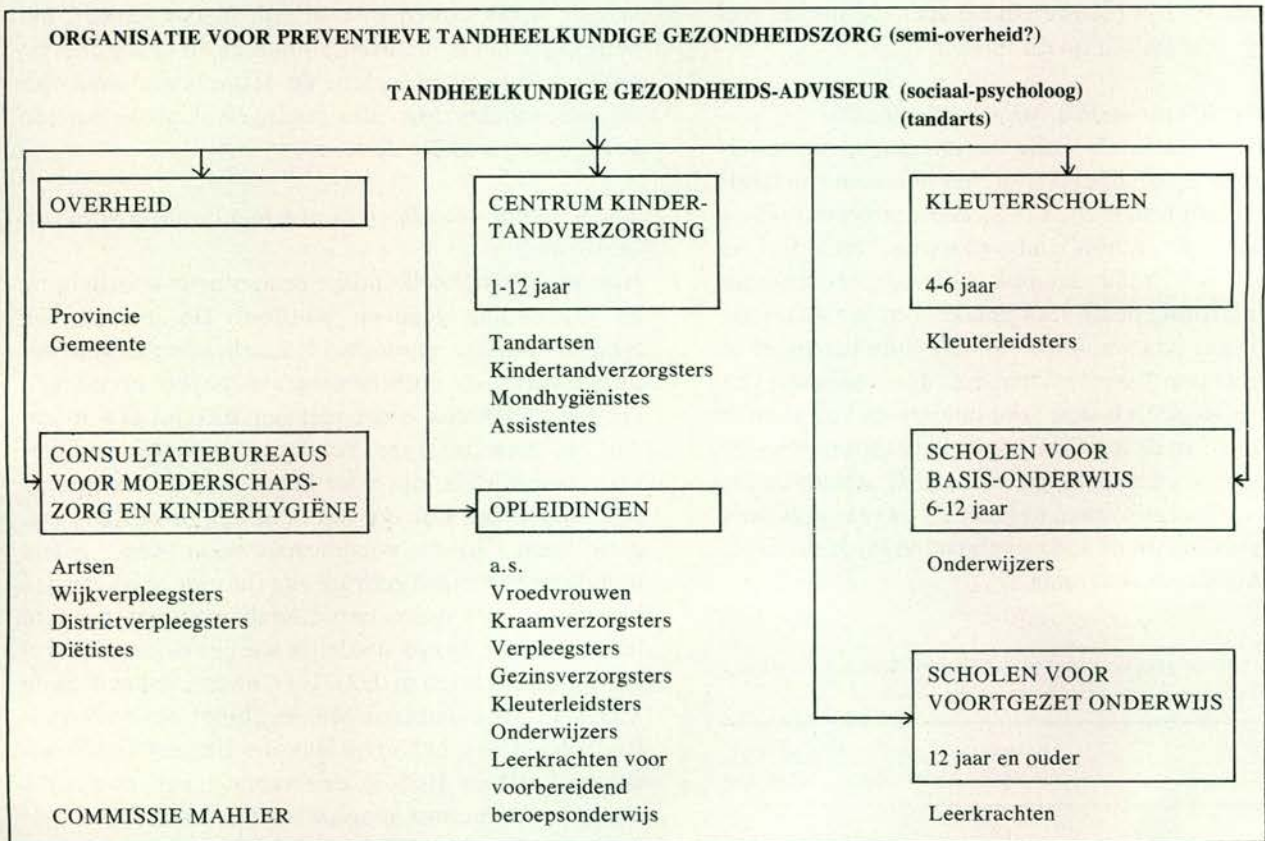
2.3. (Tandheelkundige) Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Hoe moet tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gegeven worden? De inhoud van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding levert naar mijn mening niet zoveel problemen op. Uit onderzoek is genoegzaam bekend geworden, dat factoren in onze voedingsgewoonten primair verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van tandcariës. Wij weten ook dat het heel wel mogelijk is om, door een juist voedingspatroon, een goede mondhygiëne en het gebruik van fluoride, cariësvrij te blijven en ook geen parodontale aandoeningen te hebben. Het lijkt ook duidelijk wie een belangrijke rol kan en moet spelen in de G.V.O. en meer specifiek de T.G.V.O. De commissie Mahler (1968) van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft in 1968 in een rapport een mogelijke organisatiestructuur aangegeven (zie tabel V.).

Onervaren zijn wij echter in de wijze waaróp de boodschap moet worden overgebracht, of anders gezegd hoe wij met ouders en kinderen moeten samenwerken om een betere gebitsgezondheid te realiseren. Er zijn de laatste jaren een groot aantal T.G.V.O.-projecten van start gegaan. Zeker is dat dergelijke projecten een enorme inspanning vragen. Telkens zullen wij ons de vraag moeten stellen of de activiteiten, die worden ondernomen, inderdaad het beoogde doel bereiken. Evaluerend onderzoek is hiertoe noodzakelijk; misschien kan lering worden getrokken uit de ervaringen van anderen. Tot nu toe is de meeste ervaring opgedaan met een gemeentelijke aanpak van T.G.V.O. via Schooltandverzorgingsdienst, G.G.D. of een andere gemeentelijke instantie. Aan de hand van evaluatiegegevens uit Nijmegen en Den Haag is het mogelijk te illustreren wat op korte termijn van dergelijke activiteiten mag worden verwacht (Plasschaert en König, 1973; Plasschaert et al. 1974).

In Nijmegen werd van uit de Schooltandverzorging door een onderwijzeres, die daartoe speciaal werd aangesteld, drie keer per jaar gedurende twee jaar lang aan dezelfde kinderen voorlichting gegeven, toen

Tabel V. Schema voor een mogelijke organisatiestructuur (Commissie Mahler, 1968).



zij in de 1e en 2e klas zaten. Er werd onderscheid gemaakt in het type voorlichting, nl. motiverende en informatieve voorlichting. De motiverende voorlichting bestond uit het aansporen van kinderen om de tanden schoon te houden en niet te snoepen, door het geven van cadeautjes. De informatieve voorlichting bestond uit een poetsinstructie in de klas en uit het geven van een voedingsles. Het bezoek duurde per keer ongeveer 1 uur. De resultaten op de cariëstoename in vergelijking met een controlegroep zijn samengevat in tabel VI. De motivatie heeft nauwelijks effect gehad, ook de informatieve lessen op de scholen hadden nauwelijks enig effect van praktische betekenis.

De kinderen werden ook via hun ouders beïnvloed. Er werd onderscheid gemaakt tussen ouders, die graag geïnformeerd wensten te worden over het onderzoek (informatie) en ouders die daarnaast bereid waren hun kinderen fluoride-tabletten te verstrekken. De informatie-groep kreeg ieder kwartaal per post een folder of brochure over het voorkómen van tandbederf toegestuurd. De groep ouders die ook fluoride-tablet-

Tabel VI. Invloed van voorlichting op de cariëstoename.

beïnvloeding op scholen	toename van aantal aange-taste gevulde en ontbrekende vlakken van blijvende tanden en kiezen	aantal kinderen	
geen motivatie	4,8 ± 0,2*)	4% reductie	388
motivatie	4,6 ± 0,3		
geen informatie	5,0 ± 0,2	12% reductie	371
informatie	4,4 ± 0,3		

*) Gemiddelde ± standaardfout.

ten wensten te verstrekken, kregen diezelfde informatie toegestuurd en bovendien voor alle kinderen uit het gezin fluoride-tabletten op naam, toereikend voor het betreffende kwartaal. Na 2 jaar bleek dat de kinderen van de geïnteresseerde, geïnformeerde ouders evenveel cariëstoename hadden, als die van ouders, die geen informatie hadden ontvangen of geen blijk van interesse hadden getoond. De groep kinderen, die

naast informatie ook fluoride-tabletten hadden gekregen, vertoonden 32% minder cariëstoename dan kinderen van ouders, die alleen informatie kregen. Bovendien bleek dat bij de geïnteresseerde en door ons geïnformeerde ouders zowel een effect van motivatie als van informatie te constateren was op de cariëstoename bij hun kinderen. Ook het verstrekken van tabletten had meer effect, wanneer het gecombineerd werd met beïnvloeding op school.

Uit dit T.G.V.O.-experiment is gebleken dat weinig frequente, niet geïntegreerde T.G.V.O. op *korte termijn* weinig effect lijkt te hebben en dat vooral de ouders erbij betrokken moeten worden.

Een tweede evaluatie werd in Den Haag uitgevoerd, waar in 1968 een omvangrijker actie op touw werd gezet. Sinds 1969 stelt de gemeente ongeveer een ton per jaar beschikbaar voor deze 'Haagse Aktie', die geleid en uitgevoerd wordt door de gemeentelijke Commissie tot Verbetering van Voeding en Tandzorg. Uit deze commissie werd een werkgroep geformeerd, bestaande uit een arts, een tandarts, een diëtiste, enkele pedagogen, een didacticus en enkele voorlichtingsdeskundigen. De Commissie Verbetering Voeding en Tandzorg ontwikkelt en verspreidt regelmatig informatiemateriaal voor ouders, onderwijzers, kleuterleidsters en werkers in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld consultatiebureaus etc. ten behoeve van de kinderen die aan hun zorg zijn toevertrouwd. In verband daarmee worden bovengenoemde personen persoonlijk of via ouderavonden regelmatig benaderd. Sinds het najaar van 1968 worden de ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar systematisch beïnvloed door verstrekking van voorlichtingsmateriaal, bij aangifte van geboorte, 6 tot 10 weken na de geboorte (bij verzending van inentingsboekje) en na controle op het consultatiebureau. De 4-6-jarigen worden sinds 1969 op de kleuterscholen bereikt, door het beschikbaar stellen van speel- en lesmateriaal, dat regelmatig wordt verstrekt na een mondelinge toelichting. Sinds 1971 worden de 6-9-jarigen op de basisscholen bereikt door het beschikbaar stellen van informatiebrochures, wandplaten en speel- en lesmateriaal. Ook in de wachtkamers van de Schooltandverzorging is voor deze leeftijdsgroep informatiemateriaal aanwezig. Het voorlichtings- en lesmateriaal, dat door de commissie sinds haar bestaan werd ontwikkeld en verspreid, is zowel kwantitatief als kwalitatief indrukwekkend. Ook buiten de gemeente Den Haag wordt er steeds meer gebruik van gemaakt. Dit materiaal,

gericht op minder frequent gebruik van suiker en verbetering van de mondhygiëne, beoogt de verbetering van de toestand van de gebitten bij kinderen.

In het najaar van 1969 en 1972 werd door ons onderzoek verricht, bij ca. 1000 kinderen van 5-, 7- en 9-jaar uit 3 verschillende sociale klassen, om te meten of in die periode van 3 jaar de voorlichtingsactiviteiten al vruchten hadden afgeworpen (Plasschaert et al., 1974).

Bij de 5-jarigen werden geen verschillen van betekenis gevonden tussen 1969 en 1972. Naarmate de wijk waaruit de kinderen afkomstig waren, hoger werd gekwalificeerd op grond van sociaal-economische kenmerken was de gebitssituatie van de kleuters aanzienlijk gunstiger.

De kleuters die in 1972 5½ jaar waren, werden tot die tijd slechts in geringe mate bereikt door de 'Haagse Aktie'. Hiervan was geen invloed merkbaar op de gebitsgezondheid. De melktanden en -kiezen van leerlingen van 2e klassen (7-jarigen) vertoonden een iets gunstiger beeld in 1972 dan in 1969, hetgeen uit tabel VII blijkt.

Tabel VII. Gemiddeld aantal aangetaste melktanden en -kiezen per kind

sociaal milieu	1969	1972
laag	8,6	7,9
midden	8,0	7,4
hoog	7,2	5,2

Van de vier blijvende kiezen, die op 7-jarige leeftijd ongeveer één jaar zijn doorgebroken, waren er in 1972 van alle onderzochte kinderen gemiddeld 0,4 minder gevuld dan in 1969. In 1972 werden evenveel blijvende kiezen aangetast en geëxtraheerd als in 1969. Ook hier was de situatie bij kinderen uit sociaal-economisch hogere wijken beter dan bij kinderen uit midden en lagere groeperingen. De 7-jarige kinderen waren sinds 1969 toen deze 4 jaar waren op de kleuter- en lagere school door de 'Haagse Aktie' bereikt. Een gering effect was waarneembaar aan de melktanden en -kiezen.

Bij de 9-jarigen werden geen verschillen van betekenis gevonden tussen kinderen uit 1972 en 1969. De

'Haagse Aktie' heeft haar activiteiten tot 1972 ook niet of nauwelijks tot deze kinderen uitgestrekt.

Wanneer wij ons afvragen hoe T.G.V.O. gegeven zou moeten worden, dan zijn de hierboven gegeven resultaten weinig bemoedigend.

Het zou wel eens kunnen zijn dat een verkeerd model van (T.)G.V.O. werd gehanteerd. Om dit te verduidelijken volgen hier twee tegengestelde modellen van (T.)G.V.O. die beschreven werden in de eerder geciteerde publikatie van Mevr. Rouwenhorst (1974), één van de eerste pioniers in ons land op het gebied van G.V.O. (tabel VIII).

Tabel VIII. Twee tegengestelde modellen van (T.) G.V.O.*)

<i>Model A</i>	<i>Model B</i>
(T.) G.V.O. is in hoofdzaak overdracht van informatie over gezondheid en ziekte van de gezondheidswerker naar de cliënt/patiënt. De gezondheidswerker is de deskundige, die veel weet over gezondheid en ziekte.	(T.) G.V.O. is een vorm van samenwerking gericht op een gemeenschappelijk doel. De gezondheidswerker brengt zijn deskundigheid in. Hij weet veel van gezondheid en ziekte. De cliënt brengt andere deskundigheid in; hij weet veel van zichzelf, zijn normen, behoeften, wensen, etc.
Eénrichtingsverkeer	Twéérichtingsverkeer

*) Ontleend aan Stuart (J Hlth Educ 1969: 12, 65), beschreven bij Rouwenhorst (T Soc Geneesk 1974: 52, 84-89).

Op grond van het bovenstaande lijkt het niet moeilijk tot de conclusie te komen dat model B meer garantie biedt tot een werkelijke oplossing van de problemen in de tandheelkundige gezondheidszorg dan model A. Wij moeten bedenken dat de methoden van T.G.V.O. die in beide genoemde acties werden gehanteerd, voornamelijk uitgingen van het eerder beschreven model A. Het ontbreken van een verplichte adequate opleiding van onderwijzers in vakken, die betrekking hebben op gezondheid, heeft ertoe geleid dat 'deskundigen' van buiten af – zij die dikwijls het meest doordrongen zijn van de noodzaak van T.G.V.O. op school – hebben getracht in de bestaande lacune te voorzien. Materiaal werd ontwikkeld en beschikbaar gesteld en iemand van buiten af ging naar de scholen toe en trachtte het materiaal aan te bieden en toe te lichten. Een werkelijke integratie tussen voorlichter

en opvoeder en het kind deed zich hierbij niet voor. Door deze beperking kon de T.G.V.O. niet of nauwelijks worden geïntegreerd in het leven van iedere dag.

T.G.V.O. beoogt de mensen te betrekken bij hun eigen gezondheidsproblemen door hen te helpen datgene te doen wat in positieve zin de tandheelkundige gezondheid van hen zelf bevordert en datgene na te laten wat voor die gezondheid nadelig is of zou kunnen zijn.

Hierbij mag T.G.V.O. niet op zichzelf staan, maar dient onderdeel te zijn van de algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. G.V.O. heeft te maken met menselijke gedragingen, een multi-disciplinaire aanpak lijkt hierbij essentieel te zijn. Het gebrek aan ervaring op het terrein van G.V.O. dwingt tot zorgvuldigheid, te meer daar G.V.O. zich in feite richt op het gedrag van anderen. Er ligt nog een lange weg voor ons voordat wij G.V.O. in deze zin uitgebouwd zullen hebben en voordat de Tandheelkundige G.V.O. zijn plaats daarbinnen zal hebben gevonden.

Door de activiteiten die op dit terrein thans worden ondernomen, is het mogelijk meer zicht te krijgen op de mogelijkheden van deze derde peiler van gezondheidszorg.

Samenvatting:

Uit gegevens over de kosten en omvang van tandheelkundige behandeling en de omvang van het tandbederf bij kinderen blijkt duidelijk hoe deplorabel de gebitstoestand is.

In de tandheelkundige gezondheidszorg heeft tot nu toe vooral de nadruk gelegen op het eenzijdig geven van voorschriften en het beschikbaar stellen van behandelingsmogelijkheden. De groei die hierin is doorgemaakt heeft niet werkelijk bijgedragen tot het oplossen van het cariës-probleem. Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting is de derde en misschien wel meest belangrijke pijler van de tandheelkundige gezondheidszorg.

Aan de hand van onderzoekresultaten wordt geïllustreerd dat T.G.V.O. een vorm van samenwerking moet zijn tussen de gezondheidswerker en de cliënt: een tweerichtingsverkeer.

Summary:

Title: Dental health education – why and how?

Dental health in the Netherlands is deplorable as can be illustrated by the amount of money spent on dental treatment and the amount of dental decay found in children.

In dental health care emphasis was up to now mainly placed on the unilateral prescription of advices and on offering possibilities for dental treatment. The increase in size which occurred in the last decades with respect to these two categories of dental care did not really contribute to solving the caries and periodontal problem.

Dental health education is the third and probably the most important pillar of the dental health care system. By the evaluation of some results from clinical studies on dental health education it is illustrated that dental health education has to be a collaborating act between dental health worker and client: a two-way traffic.

Literatuur:

1. *Commissie Tandheelkundige Statistiek* (1974): Statistisch overzicht van de in huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp en tandheelkundig-specialistische hulp aan Ziekenfondsverzekerden over het jaar 1971. Ned Tandartsenbl 29, 179.
2. *Commissie Mahler* (1969): Organisatie voor preventieve tandheelkundige gezondheidszorg. Ned Tandartsenbl 24, 306-307.

3. *Plasschaert, A. J. M., König, K. G.* (1973): Het effect van motiverende en informatieve beïnvloeding en van fluoride-tabletten op de cariëstoename bij schoolkinderen. Resultaten na een experimentele periode van 2 jaar. Ned Tijdschr Tandheelkd 80, 21-35.
4. *Plasschaert, A. J. M., König, K. G., Vogels, A. L. M., Bergink, A. H.* (1974): Tandcariës bij 5-, 7- en 9-jarige Haagse kinderen in 1969 en 1972. Ned Tijdschr Tandheelkd 81, 129-143.
5. *Rouwenhorst, W.* (1974): Plaats van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de gezondheidszorg. T Soc Geneesk 52, 84-89.

Oktober 1974.

Philips van Leydenlaan 25,
Nijmegen.

SYMPTOMATOLOGIE EN THERAPIE VAN HORMONAAL GESTIMULEERDE PARODONTOPATHIEËN

J. I. J. F. VERMEEREN

In de literatuur wordt het vóórkomen van hormonaal gestimuleerde parodontopathieën beschreven gedurende de puberteit, menstruele cyclus, zwangerschap en climacterium. Alleen tijdens de graviditeit zijn er aanwijzingen dat voornoemde parodontopathieën worden veroorzaakt door wijzigingen in de concentraties van de geslachtshormonen. In alle andere levensfasen is ten aanzien van deze relatie onvoldoende onderzoek verricht, om dit als een uitgemaakte zaak te beschouwen (Vermeeren, 1974a). Derhalve beperken wij ons tot de zwangerschap.

Reeds in 1926 gaf Monash als zijn mening dat een hormonaal gestimuleerde parodontopathie klinisch noch histologisch van een banale parodontopathie is te onderscheiden. Het zou een inflammatoire reactie zijn op lokale irritatie, waarbij, door het speciale endocriene milieu, de symptomen meer geprononceerd zijn. In de literatuur zijn vrijwel geen argumenten te vinden dat dit niet juist zou zijn. Een groot aantal auteurs deelt derhalve zijn mening (Merrit, 1930; Ziskin, 1936; Mühlemann, 1948; Mayer en Orban, 1949; Kerr, 1951; Schuster, 1952; Klein, 1956; Loë en Silnes, 1963; Hugoson, 1971), hoewel enkelen vinden dat hormonaal gestimuleerde parodontopathieën wel degelijk karakteristieke klinische en/of

Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Ignatiusziekenhuis te Breda.

histo-pathologische kenmerken hebben (Hilming, 1952; Tiilila, 1962). Hun stem wordt echter steeds zwakker.

Een hormonaal gestimuleerde parodontopathie kenmerkt zich door:

1. proliferatieve ontstekingsverschijnselen,
2. grotere beweeglijkheid der gebitselementen,
3. toegenomen produktie van crevulaire vloeistof.



Afb. 1. Oedeem van interdental papillen en vrije gingiva waardoor een scherpe demarcatie is ontstaan met de vaste gingiva. (Foto ter beschikking gesteld door Drs. G. J. van Campen, hoofd afd. Parodontologie, Katholieke Universiteit, Nijmegen.)