

SOCIALE TANDHEELKUNDE; VAN ETHIEK TOT WETENSCHAP

ROB M. H. SCHAUB

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde
van de rijksuniversiteit te Groningen.
Voorzitter: Prof. O. Hokwerda.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Ethiek – Wetenschap

1. Inleiding

In de laatste jaren is de belangstelling voor het onderwerp 'sociale tandheelkunde' snel groeiende. Een teken daarvan is de ruimere plaats, die thans ervoor in de curricula van de tandheelkundige opleidingen wordt ingeruimd. De inhoud van het begrip 'sociale tandheelkunde' lijkt echter niet erg duidelijk. In discussies en geschriften wordt er op heel verschillende manieren inhoud aan gegeven: als aanduiding voor schooltandverzorging, voor ziekenfondstandheelkunde, of als vertaling van de Anglo-amerikaanse term 'dental public health'. Deze betekenissen hebben hooguit gemeen, dat ze alle betrekking hebben op een bepaalde manier van tandheelkundige beroepsuitoefening of tandheelkundige zorgverlening: meestal de zorg voor groenen mensen.

De verschillen in betekenis, die aan 'sociale tandheelkunde' worden gegeven, komen voort uit de historische ontwikkeling, waarin successievelijk een aantal betekenissen aan dit begrip gegeven zijn. In het navolgende zal deze ontwikkeling worden geanalyseerd aan de hand van artikelen, verslagen en ingezonden brieven in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde en het Nederlands Tandartsenblad vanaf ± 1900. De grote lijn, die daarbij wordt vastgehouden is dat de sociale tandheelkunde is geëvolueerd van een ethische norm met bij tijd en wijle sterk emotionele kleuring tot een wetenschappelijk vakgebied. Een wetenschappelijk vakgebied wordt verondersteld te zijn gebaseerd op een omschreven deel van de werkelijkheid, waarin theorieën worden ontworpen en getoetst, waarna de verkregen kennis wordt overgedragen. De omschrijving van het vakgebied komt

hier wel aan bod, doch zal in een aparte publikatie nader worden uitgewerkt.

2. Sociale tandheelkunde als ethische norm

2.1. Sociale tandheelkunde is *charitas*

In het begin van deze eeuw begon de mening post te vatten, dat de tandheelkundige professie de maatschappelijke plicht heeft om een goede mondgezondheid voor de gehele bevolking na te streven. Het probleem daarbij was, in een tijd met weinig sociale voorzieningen, de zorg voor 'on- en minvermogenen' die niet zelf als particulier hun tandheelkundige behandeling konden betalen. In verband hiermee werd gesproken over 'sociale vraagstukken' in de zorgverlening. Tandartsen werden daarom opgeroepen hun 'sociale verplichtingen' na te komen (Witthaus, 1903). Van hen werden offers gevraagd in 'tijd, geld en moeite' om bijvoorbeeld bij toerbeurt een kliniek te bemannen, waarin aan on- en minvermogenen gratis of tegen geringe vergoeding tandheelkundige hulp werd verstrekt (Witthaus, 1902). Dergelijk handelen werd tot een ethische norm. Een tandarts behoort een charitatieve instelling te hebben, een deel van zijn vrijheid in zijn beroep op te geven ten gunste van een goede mondgezondheid voor de gehele bevolking.

2.2. Sociale tandheelkunde is georganiseerde *charitas*

Al heel snel bleek dat charitatief handelen alleen niet genoeg was. Het probleem, te weten de zorg voor sociaal zwakkeren was te groot om door tandartsen, die ook nog zonder coördinatie bezig waren, te worden opgelost. Ten-

Samenvatting:

Beschreven wordt hoe de betekenis van het begrip sociale tandheelkunde ontwikkeld is van een handelwijze in de tandheelkunde met een charitatieve inslag tot de aanduiding van een wetenschapsgebied. Een belangrijke lijn lijkt daarbij dat vanuit de *charitas* (hulp aan on- en minvermogenen) een georganiseerde zorgverlening ontstond. Organisatie leidt tot een zekere beperking van de individuele vrijheid. Deze werd vooral gevoeld toen 'derden' (zoals ziekenfondsen) hierop invloed gingen uitoefenen. Het gevolg was een sterke emotionele lading van het begrip sociale tandheelkunde, dat ook met deze georganiseerde zorg verbonden werd. Een sterke behoefte aan een wetenschappelijke onderbouw van de georganiseerde zorg ontstond, toen die zorg vaste voet aan de grond kreeg (b.v. de schooltandverzorging) en de voorheen door particulier initiatief tot stand gekomen organisatie niet effectief bleek.

Oorspronkelijk was het onderzoek vooral gericht op de effectiviteit van georganiseerde preventie. Meer recent werd erkend dat de organisatie primair gericht is op de beïnvloeding van menselijk gedrag. Het werd daarom van belang beter inzicht te krijgen in de factoren, die menselijk gedrag bepalen. Onder sociale tandheelkunde wordt daarom thans verstaan het gebied van de relaties tussen menselijk gedrag en mondgezondheid. In de opleiding tot tandarts behoort de sociale tandheelkunde als een basisdiscipline een plaats te krijgen, omdat menselijk gedrag in alle aspecten van de tandheelkunde een rol speelt.

einde de inspanningen zo effectief en efficiënt mogelijk te laten zijn werden allerlei organisaties en organisatorische maatregelen voorgesteld, waarbij zelfs om overheidsinvloed werd gevraagd. Witthaus stelde bijvoorbeeld in 1903 al voor scholen te verplichten een schooltandarts aan te stellen en mensen beneden een bepaald inkomen te verplichten lid te worden van een ziekenfonds. Ook spoorde hij tandartsen aan goedkopere vormen van behandeling na te streven. De belangrijkste vormen van organisatie, die hieruit voortkwamen zijn de tandheelkundige hulpverlening in ziekenfondsverband en de school-(jeugd)tandverzorging. Werd met sociale tandheelkunde eerst

gedoeld op het voldoen aan een ethische norm, al gauw werden al deze organisaties en organisatorische maatregelen ook als sociale tandheelkunde aangeduid. Jarenlang is alles wat met organisatie in de tandheelkundige zorg te maken had in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde geplaatst in de rubriek 'Sociale Tandheelkunde'. Nog steeds heet de vereniging, die zich vooral met school-(jeugd)tandzorg bezighoudt: Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde.

2.3. *Sociale tandheelkunde als wijze van beroepsuitoefening*

De term 'sociale tandheelkunde' werd allengs ook gebruikt om de wijze van werken van tandartsen aan te geven. Aan 'sociale tandheelkunde doen' betekent nog steeds ziekenfondsverzekeren behandelen. Ook werden en worden materialen en behandelingsmethoden bekeken in het licht van hun toepassing in de sociale tandheelkunde (Broekman, 1947b; TMZ, 1981). Dat betekent dat een behandelingsmethode of materiaal effectief en efficiënt op grote schaal toepasbaar moet zijn.

2.4. *Sociale tandheelkunde en preventie*

Door de jaren heen is sociale tandheelkunde ook sterk gerelateerd aan preventie. Berichten van en over Het Ivoeren Kruis verschenen in de al eerder genoemde rubriek 'Sociale Tandheelkunde' in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde. Mogelijk kwam dit, omdat al vroeg juist in de georganiseerde zorgverlening de nadruk werd gelegd op de preventie (Van den Broek, 1917). Waarom dit gebeurde is niet duidelijk. Misschien omdat preventie herkend werd als een effectieve en efficiënte sociaal-tandheelkundige maatregel.

Mogelijk is ook dat de professie dit deel van de zorgverlening niet wilde doen en het overliet aan andere instanties. In ieder geval had het tot gevolg, dat in de meeste opleidingen de Preventieve en Sociale Tandheelkunde in één afdeling of vakgroep werden verenigd.

2.5. *De emotionele lading van sociale tandheelkunde*

In de jaren 1930-1970 kreeg het begrip sociale tandheelkunde een sterk emotionele lading. Dat hangt vooral samen met het opkomen van de ziekenfondsverzekering. Oorspronkelijk regelden tandartsen zelf, hoe zij hun sociale verplichtingen wilden nakomen: een gratis spreekuur, deelnemen aan de schooltandverzorging, etc. Ook de werkzaamheden, die daarbij werden verricht, waren hun eigen keuze. In de loop der jaren verdween dat. De invloed van derden onstond: ziekenfondsen, schooltandverzorgingsdiensten, overheid. Deze stelden bijvoorbeeld het verstrekkingenpakket vast. Daarmee werd de tandheelkunde in georganiseerd verband, en dus de 'sociale tandheelkunde', als bedreigend voor de vrijheid van de tandarts ervaren. Als argument voor de onwenselijkheid van een beperking van die vrijheid werd aangevoerd, dat de 'klinische vrijheid' daaronder zou lijden, ten nadele van de patiënt. Met 'klinische vrijheid' wordt bedoeld, dat de tandarts, in overleg met de patiënt, en gegeven de bestaande kennis en kunde, die middelen kan kiezen die hij het meest effectief acht. Een fervent bestrijder van inmenging van derden zei het aldus: 'Het zijn geen vrije beroepen omwille van de eigen vrijheid, maar zij moeten vrij zijn om én de vrijheid én de belangen van de cliënt/patiënt veilig te kunnen stellen' (Hupkes, 1975). Organisatorische maatregelen kunnen daarin beperkend werken: een te gering geacht honorarium of het zelfs in het geheel niet beschikbaar stellen van bepaalde behandelingen zoals kroon- en brugwerk in het ziekenfonds.

Beschrijvingen van deze bedreigingen worden vooral in de jaren rond de Tweede Wereldoorlog gevonden. Zo wordt in een redactioneel commentaar in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde gewezen op gevaren van de ziekenfondsen: ' . . . , waarvan het gevolg was, dat de laatsten (fondsbestuurders, R.S.) trachten de overhand te verkrijgen door artsen in loondienst aan te stellen om zodoende hun

wil over de gehele linie (dus ook medisch-inhoudelijk, R.S.) te kunnen opleggen' (Nord, 1936). Ook werd wel gesteld, dat ziekenfondsen eigenlijk niet tandheelkundige hulp 'in de waren zin des woords' nastreefden (Tekendroek, 1941). Waarschijnlijk wordt bedoeld dat de, toen nog zonder overheidssteun opererende ziekenfondsen, slechts tandheelkundige zorg in hun pakket opnamen om leden te winnen. Ook bedrijven werden ervan verdacht tandartsen in dienst te nemen voor de zorg voor de werknemers als secundaire arbeidsvoorwaarde, om daarmee arbeiders aan te trekken (Broekhuizen, 1948).

Als reactie op dit alles werd vastgesteld, dat leden van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde geen dienst mogen nemen bij dergelijke organisaties zonder toestemming van die Maatschappij (Algemene Vergadering, 1950).

In de laatste 20 jaar heeft ook het, als erg beperkt ervaren, verstrekkingenpakket voor ziekenfondsverzekerden sterk bijgedragen aan de emotionele lading van het begrip 'sociale tandheelkunde'.

Daarmee werd de ethische norm, namelijk zich inzetten voor sociaal zwakkeren, niet meer door iedereen onderschreven. Sommigen kozen ervoor, ondanks beperking en inmenging van derden, dat wel te doen. Anderen achtten daardoor de uitoefening van het vak in gevaar te komen. Uiteraard speelden allerlei factoren, zoals het verkrijgen van een inkomen, ook een rol. Een goede beschrijving van deze keuze en de onderliggende waarden werd gegeven door Broekman (1947 b). Hoe sterk emotioneel de lading van het begrip 'sociale tandheelkunde' was, moge blijken uit het volgende citaat, afkomstig van een voorstander van de rationele hulpvoorziening*) aan niet-particulieren: 'Zou iemand, die ons beroep uitoefent zich ontheven

*) Met rationele hulpvoorziening wordt bedoeld op de systematisch rationele beginselen voor de tandheelkundige zorgverlening, zoals deze in de behandeling van ziekenfondsverzekerden wordt gehanteerd. Daarmee wordt bedoeld het in een bepaalde volgorde uitvoeren van behandelingen.

ken door wetenschappelijk onderzoek en toepassing te scheiden of door erop aan te dringen het begrip sociale tandheelkunde van zijn ingesloten waardeoordeel te ontdoen.

4. De ontwikkeling van de sociale tandheelkunde als wetenschapsgebied

4.1. De eerste ontwikkelingen

Uit het voorgaande kan worden opgemaakt dat sociale tandheelkunde betrekking heeft op de wijze van tandheelkundige beroepsuitoefening en zorgverlening. Het functioneren van sociale tandheelkunde als wetenschapsgebied houdt dus in dat nagegaan wordt welke wijzen van uitvoering van de tandheelkunde effectief en efficiënt zijn.

Daarmee wordt aangegeven, dat natuurwetenschappelijke en medisch-biologische kennis alleen onvoldoende waarborg zijn voor een effectieve en efficiënte zorgverlening. Bijvoorbeeld: het effect van allerlei preventieve handelingen op de mondgezondheid is in theorie goed bekend. De opleiding van de tandarts, de honoringsstructuur en de medewerking van de patiënt bepalen echter óf en op wat voor manier de preventieve handelingen worden uitgevoerd en daarmee de effectiviteit. Het is derhalve uiterst zinvol om niet alleen de natuurwetenschappelijke en medisch-biologische aspecten van de mondgezondheid te bestuderen maar ook de wijze waarop de aldus verkregen kennis en kunde kan worden toegepast. Nu beperkte de wetenschappelijke studie in de sociale tandheelkunde zich in het begin vooral tot organisatorische maatregelen in de zorgverlening aan groepen mensen waarbij een sterke nadruk lag op de preventie (Kuipéres, 1970; Crielaers, 1971).

Dit kwam vooral tot uitdrukking in de evaluatie van allerlei op preventie-gerichte programma's (fluoridespoelen en tandenpoetsen op scholen, voorlichtingsacties, enz.). Later kwam daar het onderzoek naar het verschil tussen behandelingsbehoefte*) en be-

handelingsnoodzaak**) bij. Dit onderzoek richtte zich bijvoorbeeld op de invloed van de financiering, op het vragen naar hulp en de geografische afstand tot de tandarts, overigens zonder beperking tot de preventie.

4.2. Recente ontwikkelingen

Organisatorische maatregelen bleken bij nader onderzoek niet altijd succesvol. Programma's om kinderen te helpen hun tanden te poetsen leverden geen langdurig effect op de mondreinheid op (Koch e.a., 1970).

Zelfs als tandheelkundige zorgverlening zonder directe kosten werd aangeboden ging niet iedereen naar de tandarts (Nikias, 1968; Barenthin, 1976). Er ontstond interesse in de verklaring daarvoor. Het gevolg was belangstelling voor menselijk gedrag. Men ontdekte dat organisatorische maatregelen eigenlijk bedoeld zijn om menselijk gedrag in relatie tot de mondgezondheid te beïnvloeden en niet zo zeer direct de mondgezondheid zelf. Dat gebeurt dan indirect via het beïnvloedde gedrag. Dit gedrag bepaalt immers op welke wijze zorgverlening effectief is. Een organisatorische maatregel kan daarop gezien de vele factoren die gedrag bepalen veelal slechts van beperkte invloed zijn. Onderzoek op dit terrein, dat overigens in Amerika als sinds de vijftiger jaren op gang was gekomen zonder als sociale tandheelkunde aangeduid te worden, gaf enig zicht in de veelheid van factoren die bij het menselijke gedrag in relatie tot de mondgezondheid een rol spelen. Hierdoor bleek het zinvol te zijn ook over deze kennis te beschikken bij de zorgverlening aan de individuele patiënt, bijvoorbeeld in de

tandarts-patiëntcommunicatie. Verder bleek dat gedrag van mensen (tandartsen en patiënten) niet alleen van belang is bij al dan niet een beroep doen op tandheelkundige zorg, maar ook bij het ontstaan van tand- en mondziekten.

Tenslotte is menselijk gedrag niet alleen te betrekken op preventie maar ook op restauratieve tandheelkunde, parodontologie, orthodontie, kortom op alle bekende onderdelen van de tandheelkunde. Gedrag van mensen met betrekking tot de mondgezondheid en met name van de factoren die dat gedrag bepalen is derhalve het onderwerp van wetenschappelijke studie in de sociale tandheelkunde. De hieruit voortkomende kennis kan worden toegepast in de zorgverlening, zowel in organisatorische maatregelen voor groepen mensen, als in de dagelijkse praktijk van de individuele tandarts.

4.3. De definitie van sociale tandheelkunde

Het wetenschapsgebied van de sociale tandheelkunde is aldus uitgegroeid van organisatorische maatregelen in de zorgverlening en vooral in de preventie tot het menselijke gedrag in relatie tot alle aspecten van de mondgezondheid. Nu is gedrag, en vooral de factoren die dat gedrag bepalen, zeer gecompliceerd. Er zijn vele, vaak onderling samenhangende factoren. Grofweg kunnen deze in twee groepen verdeeld worden:

1. factoren gebonden aan het individu (karakter, aanleg);
2. factoren uit de omgeving van het individu (gezin, vrienden, reclame).

Op grond hiervan is sociale tandheelkunde gedefinieerd als 'dat deel van de tandheelkunde, waarin men zich bezig houdt met de wisselwerking tussen samenleving en individu met betrekking tot de conditie van de mond'. (Schaub, 1980.)

Eén restrictie moet ten aanzien van het wetenschapsgebied worden gemaakt. Gedrag is alles wat mensen aantoonbaar doen of nalaten. Niet tandenpoetsen is net zo goed gedrag als wél tan-

*) Behandelingsnoodzaak: hieronder wordt verstaan het aantal of het percentage mensen van een populatie met een zodanige toestand van de mondgezondheid, dat door deskundigen op het gebied van de tandheelkunde behandeling nodig wordt geacht.

**) Behandelingsbehoefte: hieronder wordt verstaan het aantal of het percentage mensen van een populatie die tandheelkundige behandeling willen hebben, omdat ze de toestand van de mondgezondheid onwenselijk achten of deze onwenselijke toestand willen voorkómen.

achten om in deze zin mede te werken aan de oplossing van het vraagstuk, dan – ja, inderdaad – is hij in gebreke. Dan dient hij, evenzeer als de clandestiene beoefenaar van ons beroep, als een onbevoegde te worden gesignaleerd.’ (Van Andel, 1930.)

Het gekozen citaat is niet van recente datum. De discussies over de noodzaak aan sociale verplichtingen te voldoen, worden echter nog steeds gevoerd (Carpay, 1977; Hupkes, 1975).

Samenvattend kan worden gezegd, dat het begrip sociale tandheelkunde in de jaren 1900-1950 gebruikt is om georganiseerde zorgverlening, met name gericht op sociaal zwakkeren aan te duiden. Het doel daarvan was een betere mondgezondheid te bereiken voor het gehele volk. Ook preventie en efficiënte, effectieve behandelingsmethoden werden wel met ‘sociale tandheelkunde’ aangeduid. Overheersend was hierbij echter het waarde-oordeel, dat aan het begrip ‘sociale tandheelkunde’ was verbonden.

3. Naar sociale tandheelkunde als wetenschap

3.1. De organisatorische maatregelen blijken niet effectief

Vooraf in de periode, waarin het begrip ‘sociale tandheelkunde’ een sterk emotionele lading had, leek het erop, dat het belangrijker was om ‘aan sociale tandheelkunde te doen’ dan zich af te vragen of het doel daarvan, een betere gezondheid voor iedereen, werd bereikt. Een citaat moge dat verduidelijken. Het komt uit een verzoek van het bestuur van Het Ivoren Kruis aan de Minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen om een leerstoel in de Sociale Tandheelkunde in te stellen (1947): ‘Alle bovengenoemde vormen van sociale gebitsverzorging eischen van de behandelende tandartsen niet alleen een daartoe aan te kweken speciale aandacht en vaardigheid, maar bovendien een sociale instelling, welke bij de studenten dient te worden aangekweekt en ontwikkeld.’

Langzamerhand, zij het al vroeg beginnend (Van den Broek, 1917) werd

echter onderkend, dat het doel van de sociale tandheelkunde en de eronder vallende organisatorische maatregelen niet werd bereikt: de mondgezondheid van de bevolking verbeterde niet.

Nu waren de genomen organisatorische maatregelen en de eraan ten grondslag liggende principes niet op wetenschappelijke kennis gebaseerd doch op het gezonde verstand. Daarmee wordt bedoeld, dat men op grond van meestal niet uitgesproken uitgangspunten en een beperkt aantal waarnemingen tot een logische redenering komt. Al vroeg bleek echter dat niet iedereen tot dezelfde conclusies kwam. Gewezen werd bijvoorbeeld op de nadelen van een ziekenfondsverzekering, zoals oneigenlijk gebruik of zelfs misbruik (Buisman, 1920). Dit soort meningsverschillen geeft aan dat er verschillende theorieën mogelijk zijn om zorgverlening zodanig te organiseren, dat deze effectief is. In principe geeft dit de mogelijkheid van een wetenschappelijke benadering. Dat wil zeggen uit theorieën zijn hypothesen af te leiden, die verworpen (omdat er immers ook andere theorieën zijn) kunnen worden in een expliciet beschreven proces. Ook persoonlijke voorkeuren en uitgangspunten moeten daarbij worden uitgesproken.

3.2. Sociale tandheelkunde wordt wetenschapsgebied

Of dit soort ontwikkelingen daarvoor nu de directe aanleiding waren is niet direct na te gaan, maar na de Tweede Wereldoorlog wordt sociale tandheelkunde niet meer alleen als wijze van beroepsuitoefening en zorgverlening aangeduid maar ook als wetenschap (Broekhuizen, 1952). De ontwikkeling is daarna traag verlopen. Een reden hiervoor is niet geheel duidelijk. In de jaren zeventig verloopt de ontwikkeling sneller. Kuipéres (1970) stelt dat het noodzakelijk is organisatorische maatregelen in de zorgverlening te onderbouwen met wetenschappelijke kennis. Hij stelde daarom voor de wetenschappelijke studie in de sociale tandheelkunde en de toepassing van de resultaten daarvan strikt te schei-

den. Daartoe moeten zijns inziens zelfs verschillende benamingen worden gebruikt: sociale tandheelkunde voor de wetenschappelijke discipline en gemeenschapstandheelkunde voor de toepassing. Een voorbeeld: de bestudering van de bereidheid van de gemeenschap om geld aan tandheelkunde te spenderen noemt hij sociale tandheelkunde. De maatregelen die genomen worden op grond van de gevonden resultaten (b.v. opleiden van tandheelkundige medewerkers): gemeenschapstandheelkunde. Deze scheiding van termen heeft nooit ingang gevonden. Het wetenschapsgebied én de toepassing in het veld worden beide met sociale tandheelkunde aangeduid. Crielaers (1971) gaf eveneens een aantal goede voorbeelden hoe wetenschappelijk onderzochte kennis in de sociale tandheelkunde als basis kan dienen voor organisatorische maatregelen: ‘. . . op grond van epidemiologisch en gedragswetenschappelijk onderzoek een prioriteitenprogramma in de curatieve tandheelkunde ontwikkeld moet kunnen worden . . .’. Belangrijk is zijn opmerking, dat ‘sociaal’ niet langer moet worden opgevat als een ethische norm ‘betrekking hebbend op hulp aan economisch zwakkere groepen in de samenleving’, maar meer neutraal als ‘betrekking hebbend op het samenleven van mensen in verschillende groepsverbanden’. Door sociaal aldus van de morele waarde te ontdoen, wordt wat sociale tandheelkunde genoemd wordt, beter te bestuderen. Het is immers vaak moeilijk (kritisch) onderzoek te verrichten naar iets, dat mensen gevoelsmatig ‘goed’ of ‘slecht’ vinden.

Samenvattend kan worden gezegd, dat vooral na de Tweede Wereldoorlog werd herkend, dat een sociale instelling en goed bedoelde, logisch lijkende, organisatorische maatregelen op zich onvoldoende zijn om een goede mondgezondheid van de bevolking te bewerkstelligen.

Wetenschappelijk onderzoek wordt meer en meer nodig geacht om de organisatorische maatregelen te onderbouwen. Daarbij werd er naar gestreefd deze wetenschap ‘waarde-vrij’ te ma-

denpoetsen. In de sociale tandheelkunde houdt men zich alleen bezig met de gedragsmatige aspecten in relatie tot tandheelkunde, niet met de inhoudelijke aspecten. Dat wil zeggen wel met de redenen waarom iemand niet poetst, niet met de effectiviteit van een poetsmethode als zodanig.

5. De plaats van de sociale tandheelkunde

5.1. Sociale tandheelkunde als basiswetenschap

In de opleidingen heeft de sociale tandheelkunde een duidelijke plaats gekregen, al dan niet in combinatie met preventieve tandheelkunde. Feitelijk heeft het daarbij de functie van een basiswetenschap, dat wil zeggen ze initieert, stimuleert, ondersteunt en coördineert onderzoek en onderwijs van gedragswetenschappelijke aard in de klinische vakgroepen en als zodanig is het in Groningen ook erkend (Vademecum Subfaculteit Tandheelkunde, 1981). Het wetenschapsgebied is echter omvangrijk. Eén vakgroep zal zich daarom slechts op een beperkt deel van dat gebied kunnen specialiseren. Wat betreft het onderwijs is het de taak van een vakgroep sociale tandheelkunde basiskennis en -vaardigheden aan te reiken. Bijvoorbeeld over de psychologische en sociologische aspecten van gedrag. Daarnaast is het belangrijk om toepassingen van deze kennis geïntegreerd met het klinische onderwijs te verzorgen. Op deze wijze wordt het onderwijs zoveel mogelijk afgestemd op de problemen die zich aan de tandarts voordoen. Hierbij kan gedacht worden aan onderwijs in de sociale vaardigheden, organisatie van de gezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

5.2. Is sociale tandheelkunde 'waardevrij'?

Sociale tandheelkunde staat voor een wetenschapsgebied. Dat althans is in het voorgaande betoogd, waarbij sterk is afgezet tegen het waarde-oordeel dat altijd in het begrip sociale tandheelkunde zat opgesloten.

Is sociale tandheelkunde dan nu geheel neutraal? Het antwoord daarop is ontkennend. Geen enkel wetenschapssterrein is waarde-vrij. Een kenmerk van wetenschap is echter wel, dat de onderliggende waarden en normen worden onderkend en tot onderwerp van studie worden gemaakt. Normen en waarden, in de vorm van attitudes worden zelfs essentieel geacht in menselijk gedrag, ook ten aanzien van de mondgezondheid.

Het is aldus de taak van de sociale tandheelkunde zowel in de opleiding als in de zorgverlening aan te geven, wat het effect van verschillende normen en waarden op de uitvoering van de zorgverlening is. Het vormen van de 'sociale instelling' van de student (Het Ivoren Kruis, 1947) is echter niet een specifieke taak van de vakgroepen sociale tandheelkunde, doch van de opleiding als geheel.

5.3. De toepassing van de sociale tandheelkunde

De toepassing van de sociale tandheelkunde in het veld behelsde vroeger het helpen van sociaal-zwakkeren of het werken in georganiseerd verband. De toepassing van de sociale tandheelkunde, zoals die hiervoor is aangegeven, houdt in: rekening houden met en beïnvloeden van gedrag. Dat doet iedere tandarts, bewust of onbewust, onafhankelijk van wat hij beroepshalve doet, onafhankelijk of het gaat om individuele tandarts-patiëntcontacten of om maatregelen, die de tandheelkundige zorg van groepen mensen betreffen. Een tandarts, die ziekenfondspatiënten behandelt, doet derhalve niet meer of minder aan sociale tandheelkunde, dan iemand die alleen particuliere patiënten behandelt. Tenzij men aan het begrip sociale tandheelkunde een ethische norm wil blijven ontnemen, waarvan is aangegeven dat die als verouderd moet worden beschouwd.

Conclusies

1. Met het begrip 'sociale tandheelkunde' is altijd bedoeld op de wijze, waarop de tandheelkundige kennis

en kunde tot uitvoering werd gebracht.

2. Oorspronkelijk bleef dit beperkt tot een ethische norm, later werd met sociale tandheelkunde vrijwel iedere vorm van georganiseerde tandheelkunde aangeduid.
3. Aanvankelijk waren organisatorische maatregelen in de tandheelkundige zorgverlening vooral gebaseerd op het gezonde verstand.
4. Het tekort aan doeltreffendheid in de georganiseerde zorgverlening leidde tot vraagtekens bij de wijze van organisatie en een streven hieraan een wetenschappelijke onderbouw te geven.
5. Onderzoek naar organisatorische maatregelen gaf inzicht in het belang van onderzoek naar menselijk gedrag (van tandarts en patiënt) in tandheelkundige zorg en mondgezondheid.
6. Sociale tandheelkunde behoort een basisfunctie te hebben in de tandheelkundige opleiding en tandheelkundig onderzoek.

Summary:

Title: Social dentistry: from ethics to science. A description is given of the development of the meaning of social dentistry from a charitable professional conduct to a science. An important line in this development is the initiation of organized dentistry for the poor. Organization is often perceived as limiting personal freedom. This was even more strongly felt as third parties (sick-funds) started to influence the organization.

As a result social dentistry became a concept with a strong emotional undertone, as it was considered equivalent to organized dentistry. A strong desire for scientific support of organized care developed as this type of care as in school dentistry, received a foothold, while the intuitively taken organizational measures appeared not all effective.

At first research was directed at the effectiveness of preventive programs. More recently it became clear, that organizational measures are meant to influence human behaviour. Therefore it is important to get to know factors that determine human behaviour. For this reason social dentistry currently is understood to cover the area of the relations between human behaviour and oral health.

It is argued that in the dental curriculum social dentistry is a basic science, as human behaviour touches upon each and every aspect of dentistry.

Literatuur:

1. *Andel, W. L. van* (1930): Een plicht der professie. Ned Tijdschr Tandheelkd 37: 209-211.
2. *Barenthin, J.* (1976): Dental insurance and equity of access to dental services. Comm Dent Oral Epidemiol 4: 225-220.
3. *Broek, W. M. v.d.* (1917): Schooltandverzorging. Ned Tijdschr Tandheelkd 24: 671-689.
4. *Broekhuizen, H.* (1952): Resolutions agreed by the Public Dental Service Commission of FDI. Int Dent J 2: 425.
5. *Broekhuizen, H.* (1948): Het vraagstuk van de bedrijfsartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 55: 516-518.
6. *Broekman, R. W.* (1947 a): Sociale tandheelkunde op de tweesprong. Ned Tijdschr Tandheelkd 54: 477-482.
7. *Broekman, R. W.* (1947 b): Verslag van een bijeenkomst van het Tandheelkundig Genootschap: 'De wetenschappelijke tandheelkunde en haar sociale toepassingsmogelijkheden'. Ned Tijdschr Tandheelkd 54: 549-553.
8. *Buisman, P. H.* (1920): De tandheelkundige volksverzorging. Ned Tijdschr Tandheelkd 27: 429-438.
9. *Carpay, J. J.* (1977): STAPP-ers dwingen overheidsingrijpen af. Ned Tandartsenblad 32:124:125.
10. *Crielaers, P. J. A.* (1971): Sociale Tandheelkunde, een terreinverkenning. Ned Tijdschr Tandheelkd 78: 249-252.
11. *Het Ivoren Kruis* (1947): Adres aan den Minister voor Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen voor het instellen van een leerstoel voor de Sociale Tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 54: 30-31.
12. *Hupkes, J.* (1975): Het vrije beroep, vrijheid voor wie? Ned Tandartsenblad 30:97-101.
13. *Koch, G. J. Lindhe* (1970): The state of the gingivae and the caries-increment in schoolchildren during and after withdrawal of various prophylactic measures. In: W. D. McHugh (ed). Dental plaque. A symposium held . . . Dundee . . . 1969. Edingburgh, etc. Livingstone.
14. *Kuipers, N.A.* (1970): Sociale- en gemeenschapstandheelkunde. Gedachten en gegevens. Uitgave van de schrijver en de Vereniging van Amsterdamse ziekenfondsen.
15. *Ned. Maatschappij tot Bev. der Tandheelkunde* (1950): Kort verslag van de 55e Algemene Vergadering. Mededelingenblad 5: 451-455.
16. *Nikias, M. K.* (1968): Social class and the use of dental care under prepayment. Med Care 6: 381-393.
17. *Nord, Ch. F. L.* (1936): Het ontwerp Ziekenfondswet. Ned Tijdschr Tandheelkd 43: 1097-1103.
18. *Schaub, R. M. H. (ed.)* (1980). Onderwijspakket Sociale Tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 87:44-45.
19. *Tekenbroek, J. N.* (1941): Inleiding tot een systeem van ordening der sociale tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 48: 247-271.
20. *TMZ* (1981): Sociale tandheelkunde nu en in de toekomst. Aankondiging lustrumcongres. Ned Tandartsenblad 35: 1339-1340.
21. *Vademecum Subfaculteit Tandheelkunde* (1981): Beleidsstukken. Subfaculteit Tandheelkunde, Groningen.
22. *Witthaus, C.* (1902): De taak van eene plaatselijke tandheelkundige vereeniging. Ned Tijdschr Tandheelkd 9: 42-53
23. *Witthaus, C.* (1903): Sociale vraagstukken. Ned Tijdschr Tandheelkd 10:147-169.

December 1981.

Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

Boekbesprekingen

Onder redactie van W. Ketterl: *Deutsche Zahnärzte Kalender 1982*. 360 pag. Carl Hanser Verlag, München, Wien 1982.

In deze 41e jaargang komen achtereenvolgens aan de orde:

1. Een dertiental oorspronkelijke bijdragen: Voeding en tandheelkunde; Complicaties na chirurgische ingrepen (profylaxe en therapie); Mogelijke toepassingen van hemisecties en wortelamputaties; Remineralisaties van initiële laesies; Soorten tandheelkundige implantaten en hun toepassing; Preprothetische-orthodontische behandelingen; Allergische reacties ten gevolge van in de tandheelkunde toegepaste materialen en/of toegediende medicamenten; Het bepalen van de biologische verdraagbaarheid van in de tandheelkunde toegepaste materialen met behulp van primaire calcultures; Goudvervangende legeringen; De invloed van lokale anesthesie op de bekwaamheid om aan het verkeer deel te nemen; Een eenvoudige kostenanalyse voor de tandheelkundige praktijk; De tandheelkundige kliniek van de Universiteit van Hamburg; Het voorkomen van infecties in de tandheelkundige praktijk en de daarbij toe te passen hulpmiddelen.
2. Een standpuntbepaling door het Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ten aanzien van een negental actuele problemen: De tandheel-

kundige behandeling tijdens de zwangerschap; De caries profunda-behandeling; Amalgamrestauraties met secundaire cariës (moet de restauratie geheel worden verwijderd?); Het creëren van pockets; Het gebruik van ultraviolette stralen; Is amalgam toxisch?; Wortelvullingen bij niet-afgevormde wortels; Parodontologische indicaties voor het verwijderen van frenula; Het op psychosomatische gronden niet kunnen verdragen van gebitsprothesen.

3. Een lijst van personen die hun 'Rehabilitation' hebben gedaan.
4. Belangrijke geneesmiddelen in de tandheelkundige praktijk.
5. De samenstelling van een tandheelkundige eerstehulpuitrusting.
6. Een aanhangsel.

Bij de oorspronkelijke bijdragen (punt 1) ontbreken niet alleen een aantal literatuurlijsten (zij zijn echter wel bij de desbetreffende auteurs op aanvraag verkrijgbaar), maar ook verwijzingen. Bovendien zijn de wel aanwezige literatuurverwijzingen wat eenzijdig Duitstalig georiënteerd.

Bij de standpuntbepalingen (punt 2) ontbreken literatuurverwijzingen volledig. Het gedeelte over 'Belangrijke geneesmiddelen in de tandheelkundige praktijk' (punt 4) bevat, behoudens de receptuur van de in de tandheelkunde toegepaste geneesmiddelen, een - op de manier van de Codex Medicus Neerlandicus gepresenteerd - ge-

deelte over afwijkingen en ziekten waarmee de tandarts kan worden geconfronteerd. Helaas ontbreekt bij dit deel een inhoudsopgave of register.

In het voorwoord zegt de samensteller dat de Deutsche Zahnärzte Kalender 1982 niet alleen een raadgever, maar ook een informatiebron voor de tandarts-algemeenpracticus wil zijn, over al de ontwikkelingen die er zoal in de tandheelkunde plaatsvinden. Welnu, hij is daarin geslaagd.

A. C. M. van de Poel

A. Gentz: *Het voorkomen van tandziekten*. Serie: Hollandia Medische Raadgever. 200 pag., 49 afb. Hollandia BV, Baarn 1981. ISBN 90 6045 120 1.

Veel tandartsen voelen dat zij in hun voorlichtende taak te kort schieten. Daarom valt het toe te juichen dat in de serie 'Hollandia Medische Raadgever' nu ook een voor patiënten geschreven boekwerkje over de tandheelkunde is verschenen.

De schrijfster van dit boek is hoofd van een afdeling Kindertandheelkunde (in Bonn) en dat wordt tijdens het lezen steeds duidelijker. Onderwerpen op haar specifieke terrein, zoals de ontwikkeling van het melk- en het blijvende gebit, cariës en mondhygiëne worden uitgebreid behandeld. Helaas is zij echter op het punt van het voorkomen van tandziekten (nota bene de titel van