

50 jaar GVO en Gezondheidsbevordering

Tandheelkundige voorlichting: toen en nu

Michiel A.J. Eijkman,¹ Brigitte A.F.M. van Dam,² Josef J.M. Bruers,² Adriaan Ph. Visser³

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van 60 jaar Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (TGVO). In die periode is de gebitsbewustheid en de mondgezondheid van de bevolking aanzienlijk toegenomen. Intensieve individuele en collectieve voorlichting lijken hieraan te hebben bijgedragen. In de laatste twee decennia worden, met uitzondering van enkele (regionale) stimuleringsprojecten, wetenschappelijk verantwoorde grootschalige TGVO-projecten niet meer uitgevoerd. De bestrijding van de meest voorkomende mondziekten, cariës en parodontale aandoeningen, blijkt echter nog steeds hoogst noodzakelijk; vooral bij de jeugd, de kwetsbare ouderen en de lagere SES-groepen. Een algemeen probleem is dat er betrekkelijk weinig (regionaal) epidemiologisch onderzoek wordt gedaan naar de mondgezondheids-situatie, de kennis en het gedrag van de bevolking. Collectieve voorlichtingsinitiatieven op het gebied van de mondzorg blijven gewenst. In de individuele patiëntenvoorlichting is echter de belangrijkste rol weggelegd voor tandartsen, mondhygiënisten en andere medewerkers.

Trefwoorden: tandheelkunde, voorlichting, TGVO, geschiedenis

INLEIDING

Zestig jaar geleden kreeg de Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (TGVO) door de landelijke discussies over invoering van drinkwaterfluoridering (DWF), steeds meer aandacht.^{1,2} In dit artikel lichten wij toe dat tandbederf toen een maatschappelijk probleem was en hoe men tandcariës bestreed. Daarna kwam de preventie van parodontale aandoeningen (aan tandvles en kaakbot) meer in de belangstelling. Vervolgens bespreken we de TGVO in de jaren vijftig, zestig en zeventig met collectieve projecten en campagnes over mondzorg. Niet alleen de overheid en gezondheidsorganisaties hielden zich hiermee bezig, ook tandartsen en mondhygiënisten gingen zich vanaf de jaren zeventig meer richten op patiëntenvoorlichting aan de behandelstoel. Ten slotte staan we stil bij de huidige TGVO en de toekomst ervan.

TANDBEDERF ALS MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Noodzaak van gebitscontrole

In 1851 werd de aanbeveling gedaan om van staatswege tandmeesters aan te stellen voor een gebitscontrole bij schoolkinderen.³ Sociaal betrokken tandartsen wezen op het probleem van tandbederf en de gevaren voor de volksgezondheid. Tandmeester Carl Witthaus, grondlegger van de sociale tandheelkunde, beklemtoonde in 1897 het belang van preventie.⁴ De gebitstoestand van de Nederlandse bevolking was rampzalig als gevolg van het toenmalige voedingspatroon en de gebrekkige mondhygiëne. De tandartsen moesten volgens Witthaus de algemene gebitsgezondheid van de bevolking onderzoeken, bekend maken, en aangeven hoe daarin verbetering aangebracht zou kunnen worden. In 1903 benadrukte Witthaus de halfjaarlijkse controle door schooltandartsen, evenals intensieve en continue voorlichting.¹ De gebrekkige tandheelkundige zorg werd begin vorige eeuw steeds meer als een probleem gezien.¹ In 1921 en 1922 startten in Dordrecht en Bloemendaal de eerste diensten voor schooltandverzorging.⁵

Het Ivoren Kruis

In 1910 werd de 'Nederlandse Vereniging tot bestrijding van het Tandbederf' opgericht, in 1933 voortgezet als het Ivoren Kruis (IK), dat zich ten doel stelde "het Nederlandse volk betere begrippen bij te brengen omtrent de

¹ Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, Sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, Amsterdam

² Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, afdeling Onderzoek en Informatie, Nieuwegein

³ Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorg Innovaties, Rotterdam

noodzakelijkheid eener goede mond – tandverzorging”. Uitgangspunt was een collectieve benadering om ieder kind tijdig bij de tandarts te laten komen en zo het blijvend gebit te behouden.⁶ De Centrale Raad voor de Sociale Tandheelkunde, in 1939 ingesteld door de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT) en het IK, constateerde in 1940 dat de mondgezondheid onverminderd deplorabel was en dat cariës voortwoekerde.¹ Slechts een klein deel van de bevolking kreeg tandheelkundige zorg, vooral mensen uit de lagere SES-groepen kwamen nauwelijks bij de tandarts. De meeste ziekenfondsen vergoedden hooguit een extractie. In de jaren dertig waren veel schooltandverzorgingsdiensten om financiële redenen alweer opgeheven. In 1944 sprak Witthaus opnieuw zijn zorg uit en bepleitte een systematisch onderzoek naar het voorkomen van cariës.²

Cariëspreventie

Na de Tweede Wereldoorlog werd de noodzaak van cariëspreventie steeds duidelijker. Binnen de tandheelkundige professie bestonden grote zorgen over zowel het tandbederf onder jonge kinderen als over hoe de bestrijding daarvan aan te pakken. Voor een collectieve aanpak ontbraken betrouwbare epidemiologische gegevens. Bovendien waren de Nederlandse tandartsen in de Tweede Wereldoorlog verstoken gebleven van informatie over de wetenschappelijke inzichten wat betreft cariësbestrijding en bestond er geen consensus over de beste aanpak.² Kwesties waren wat de beste tandreinigingsmiddelen waren en of het gebruik van fluoride al of niet zinvol was.

EXPERIMENTELE AANPAK

In 1943 startte de firma Dobbmann, producent van tandpasta, een experiment om de cariësbestrijdende werking te verbeteren door fluortoevoeging. Er werd wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd bij 500 kinderen. Dit leidde in 1948 tot de vaststelling dat fluoride het meest effectief was en het goedkoopst in tandpasta kon worden aangewend. Het wetenschappelijk bewijs was volgens onderzoekers echter gebrekkig. Geïnspireerd door ervaringen in de Verenigde Staten gingen tandartsverenigingen vanaf 1949 experimenteel aan de slag met de toepassing van fluorideapplicaties bij schoolgaande kinderen en halverwege de jaren vijftig werden in Amsterdam fluoridetabjetjes verstrekt.²

Kernpunten

- De afgelopen 60 jaar is de gebitsbewustheid en de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking aanzienlijk toegenomen.
- De meeste aandoeningen in de mond hebben een multifactoriële oorzaak en zijn daarom wat betreft preventie en voorlichting te vergelijken met andere chronische leefstijlziekten.
- Na het grotendeels stopzetten van de collectieve preventie in de jaren negentig werd de bevordering van mondgezondheid vooral de taak van tandartsen en mondhygiënisten.
- Collectieve aanpak van cariës blijft vooral onder de jeugd, de kwetsbare ouderen en lagere SES-groepen hoogst noodzakelijk.
- Onderzoek blijft nodig om de mondgezondheid en het gezondheidsgedrag van verschillende bevolkingsgroepen te monitoren.

Collectieve drinkwaterfluoridering

Er ontstonden in Nederland experimenten met drinkwaterfluoridering, die aansloten op de bestrijding door de overheid van volksziekten als tuberculose. Voor de voorkoming van struma werd, na een tijdelijke jodering van drinkwater, de toevoeging van jodium aan keukenzout verplicht gesteld. Bij drinkwaterfluoridering wordt maar een klein deel van het ‘kraanwater’ gebruikt voor consumptie en is een adequate individuele dosering bijna onmogelijk. Toch werd in 1953 in de gemeente Tiel (met Culemborg als controlegemeente) gestart met een onderzoek naar de effecten van drinkwaterfluoridering op het verminderen en voorkomen van cariës.² Vrij kort daarna verschenen de kritieken in de (wetenschappelijke) pers. Niet alleen wat betreft de mogelijke gevaren van drinkwaterfluoridering en de vraag of fluoride niet beter kon worden gebruikt via tabletten en tandpasta, maar ook was de vraag aan de orde of de overheid mocht ingrijpen in het persoonlijk leven van de burger. Tot in de jaren zestig was de bereidheid van de bevolking tot deelname aan collectieve preventieprogramma’s groot, maar als gevolg van de maatschappelijke veranderingen werden er grenzen gesteld aan overheidsregulering. Vanaf 1968 werden de (publieke) discussies heftiger en emotioneler. Een wetsontwerp voor het invoeren van de drinkwaterfluoridering moest in 1976 worden ingetrokken.²

borg als controlegemeente) gestart met een onderzoek naar de effecten van drinkwaterfluoridering op het verminderen en voorkomen van cariës.² Vrij kort daarna verschenen de kritieken in de (wetenschappelijke) pers. Niet alleen wat betreft de mogelijke gevaren van drinkwaterfluoridering en de vraag of fluoride niet beter kon worden gebruikt via tabletten en tandpasta, maar ook was de vraag aan de orde of de overheid mocht ingrijpen in het persoonlijk leven van de burger. Tot in de jaren zestig was de bereidheid van de bevolking tot deelname aan collectieve preventieprogramma’s groot, maar als gevolg van de maatschappelijke veranderingen werden er grenzen gesteld aan overheidsregulering. Vanaf 1968 werden de (publieke) discussies heftiger en emotioneler. Een wetsontwerp voor het invoeren van de drinkwaterfluoridering moest in 1976 worden ingetrokken.²

Tandbederf op de agenda

De winst van de discussies was wel dat het probleem van tandbederf ‘op de agenda’ van het publiek en de beleidsvoerders kwam te staan. Ook ontstond in brede kring het besef dat menselijk gedrag een oorzakelijke factor was van (gebits)ziekten. Aldus groeide de idee om via voorlichting zowel het gedrag van de bevolking als dat van de overheid en organisaties op het gebied van de mondgezondheid te beïnvloeden.

ONTSTAAN TGVO

De Centrale Raad voor Sociale Tandheelkunde definiëerde TGVO als “een activiteit waarbij met verantwoorde methoden en middelen wordt voorgelicht over en wordt gevormd ten aanzien van de gezondheid van de mond”.⁷ In 1964 werd aan de Landbouw Hogeschool te Wageningen de vakgroep Voorlichtingskunde opgericht. Daarnaast verscheen in 1965 het rapport van de Voedingsraad ‘Voeding en Tandcariës’. Beide ontwikkelingen brachten TGVO in een stroomversnelling. Via de actie ‘Gezond Gebit’ in Ede mondde dit uit in een groot aantal

TGVO-projecten in Nederland.⁸ De TGVO kon zich ontwikkelen in het kader van het Nationaal plan GVO, ingesteld in 1976. Binnen de tandheelkundige professie bestond geen twijfel over de noodzaak van TGVO.⁹⁻¹¹ Al in 1968 had de Commissie Mahler van de NMT voorgesteld dat kinderen vanaf het tweede levensjaar de tandarts zouden bezoeken.

Groeiend belang TGVO

De ideeën om via adequate voorlichting het gebitsbewustzijn te bevorderen en het groeiende besef bij de bevolking dat men zelf een belangrijke rol heeft in het voorkomen van gebitsaandoeningen, werden in daden omgezet. In het curriculum van de tandheelkundige opleidingen werd onderwijs in de gedragswetenschappen en TGVO geïntroduceerd.¹² Daarnaast werden financiële middelen vrijgemaakt voor voorlichting over de oorzaken van tandbederf en het belang van mondhygiëne. Hoewel al bekend was dat voor gedragsverandering langdurige en zeer persoonsgerichte voorlichtingsactiviteiten noodzakelijk waren, werd in eerste instantie vooral ingezet op collectieve projecten en campagnes.⁹

COLLECTIEVE VOORLICHTING IN DE JAREN ZE- VENTIG EN TACHTIG

Tot de Tweede Wereldoorlog werden schooltandverzorgingsdiensten, voor zover nog actief, rechtstreeks gefinancierd door gemeenten. Na de oorlog gingen de ziekenfondsen bijdragen op basis van het Ziekenfondsbesluit. Sinds 1941 was door die wet de meerderheid van de bevolking voor ziektekosten verzekerd en was er een solide financiële basis voor de gebitszorg ontstaan, leidend tot een stelsel van diensten, waarbij de gebitten van kinderen volgens het zogenoemde 'systeem Kantorowicz' of 'Bonner-systeem' twee maal per jaar gecontroleerd werden en zo nodig behandeld.¹

Schooltandverzorgingsdienst

In 1974 kregen ruim 780.000 kinderen van 6 tot 14 jaar tandheelkundige zorg via 128 schooltandverzorgingsdiensten.¹³ Eind jaren zeventig was 93% van de gemeenten aangesloten bij een schooltandverzorgingsdienst.¹ Deze diensten hadden in beginsel vooral een educatieve taak. Middels tandenborstelonderricht en voorlichting over voeding en het belang van goede zelfzorg zou de mondgezondheid van de jeugd worden bevorderd. Het IK was daartoe in 1970 gestart met een voorlichtingsproject voor mondhygiënist in schooltandverzorgingsdiensten. Als gevolg van de hoge werkdruk was de aandacht van de schooltandartsen vooral gericht op het restauratief behandelen van cariës, waardoor deze diensten niet altijd een positief imago hadden. Toen in de jaren zeventig het aantal vrijgevestigde tandartsen toenam, daalde de deelname aan schooltandverzorging. In de jaren tachtig kwam het aantal diensten als gevolg van de economische recessie verder onder druk te staan. Uiteindelijk bleek dit systeem te duur in vergelijking met de zorg door de vrijgevestigde huistandarts. In 1985 besloot de overheid om over te gaan op een abonnementssysteem van betaling per verrichting (TJZ).

Campagnes en projecten

Vanuit de (stedelijke) overheid werden in de jaren zeventig tal van collectieve voorlichtingscampagnes opgezet: over goede gebitsverzorging, over het gebruik van fluoridetabletten en over het belang van verstandige voeding,² zoals campagnes in Ede,¹⁴ Nijmegen,¹⁵ Den Haag,¹⁶ Tiel¹⁷ en de regio Noord-oost Friesland.¹⁸ Daarbij werden ook nulmetingen en evaluatiestudies gedaan. De Stichting Goed Gebit (SGG), in 1973 opgericht ter verbetering van de mondgezondheid van de Amsterdamse bevolking, werd landelijk bekend.¹⁹ Tot 1983 voerde de SGG in totaal tien wetenschappelijk ondersteunde campagnes uit, via onder meer affiches (op reclameborden, in het openbaar vervoer, in wachtkamers en scholen), paginagrote advertenties in een krant en een tv-spotje. Enkele hiervan waren gericht op volwassenen en hun verantwoordelijkheid voor het gebit van hun kinderen, andere waren meer algemeen. Ook was er de actie van het Centraal Bureau van de Tuinbouwveilingen, die samen met het Voorlichtingsbureau voor de Voeding en het IK onder de populaire slagzin 'Snoep verstandig, eet een appel', tot begin jaren tachtig werd uitgevoerd. Ouders en kinderen werden geattendeerd op de nadelige gevolgen van snoep; als traktatie op school werd fruit aanbevolen.

In de jaren daarna werd duidelijk dat de effecten van dergelijke publiekscampagnes moeilijk meetbaar waren. Werkelijke houding- of gedragsverandering bleek moeilijk te bewerkstelligen. Het enige duidelijke resultaat van de campagnes was dat de kennis over de oorzaken van tandbederf bij de bevolking was toegenomen, maar deze kennis leefde niet of onvoldoende. Kapteijns et al.¹⁹ signaleert dat in de voorlichtingscampagnes niet het gezondheidsbegrip van de patiënten centraal stond, maar vooral dat van de tandheelkundige professie. De voorlichting sloot te weinig aan bij de informatiebehoefte van de doelgroep, en was er vooral op gericht om die behoefte op te wekken. Ingesleten gedragspatronen zijn moeilijk te veranderen. Al is een gezondheidsrisico nog zo ernstig en een aanbeveling nog zo indringend, mensen zullen hun gedrag niet snel verbeteren zolang ze niet overtuigd zijn dat ze gevaar lopen.²⁰

AFBRAAK TGVO IN DE JAREN NEGENTIG

Epidemiologisch onderzoek laat zien dat vanaf de jaren zestig de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking aanzienlijk is verbeterd. In 1981 had nog 78% van de 65-plussers en 54% van de volwassenen tussen de 45 en 65 jaar een volledig kunstgebit. In 2009 was dat gedaald tot respectievelijk 41% en 12%.²¹ En was het begin jaren zeventig hoogst uitzonderlijk dat bij 12-jarige kinderen de blijvende tanden en kiezen niet door cariës waren aangetast; twintig jaar later was bij 50% van die kinderen het blijvend gebit nog gaaf.²²

Na de jaren tachtig verdween de mondgezondheid van de (politieke) agenda. De ernstige mondproblemen van de jaren zestig waren afdoende aangepakt en tandartsbezoek en mondverzorging waren, zeker voor de jonge generatie, vanzelfsprekend geworden. TGVO werd een taak van de GGD-en. De regionale en lokale uitvoering hier-

van liepen echter sterk uiteen, zowel wat betreft beschikbare formatie als wat betreft activiteiten.²³⁻²⁵ Dit werd versterkt doordat met ingang van 2002 de gehele regie en financiering van het mondzorgsysteem voor jeugdigen bij de gemeente kwam te liggen. De uitvoering van de gezondheidszorg voor de jeugd van 0 tot 19 jaar ligt vast in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, dat bestaat uit een uniform deel (activiteiten voor alle kinderen van een bepaalde leeftijd) en een maatwerkdeel (activiteiten door de gemeente af te stemmen op de regionale gezondheidssituatie en zorgbehoefte van kinderen). Volgens GGD Nederland is voorlichting over mondgezondheid onderdeel van het uniforme deel, maar onduidelijk is in hoeverre consultatiebureauartsen hieraan in de reguliere consulten aandacht besteden.²⁵

De NMT, het IK en het Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) initieerden in de jaren negentig nog enkele campagnes, maar kregen daarbij niet of nauwelijks steun van de overheid.²³ Na de eeuwwisseling begon het internet meer en meer te fungeren als medium voor collectieve (mond)gezondheidsvoorlichting, bijvoorbeeld via elektronisch foldermateriaal van het IK. Eind 2010 lanceerde de NMT de patiëntenwebsite 'Allesoverhetgebit.nl', gericht op het geven van voorlichting over zelfzorg.

HERONTDEKKING MONDGEZONDHEID NA 2000

Dat het probleem van tandbederf afdoende was opgelost, bleek eind jaren negentig een illusie. Uit epidemiologisch onderzoek kwam naar voren dat de mondgezondheid bij een deel van de jeugd niet verder verbeterde. De prevalentie van cariës bleef hoog en in 2007 werd zelfs een verslechtering van de mondgezondheid bij 5- en 6-jarigen vastgesteld.^{26,27} In 2009 had ongeveer een vijfde van de 9-jarigen, de helft van de 15-jarigen en meer dan driekwart van de 21-jarigen, vooral in de lagere SES-groepen, geen gaaf gebit meer.²⁸ Ook het verschijnsel tanderosie, slijtage van het tandglazuur, neemt volgens de Gezondheidsraad zorgwekkend toe.²⁹ De populaire energiedrankjes kunnen bij regelmatig gebruik snel schade aanrichten. Daarom werden op lokaal, regionaal en landelijk niveau initiatieven genomen om juist de mondgezondheid van kinderen en jeugdigen te verbeteren.

Zo startte de NMT in 2007 met 'Kies voor Gaaf!', gericht op (ouders van) jonge kinderen en op tandartsen, mondhygiënist(en), (preventie)assistent(en) en GGD-medewerker(s). Laatstgenoemden gingen onder meer (voorlichtings)activiteiten uitvoeren op scholen.

Het IK lanceerde eind 2009, in samenwerking met de NMT en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM) het voorlichtingsproject 'Hou je mond gezond!' voor peuters, basisschoolleerlingen en hun ouders. Via dit project wordt klassikale voorlichting gegeven door tandheelkundige zorgverleners of door leerkrachten.

Geïnitieerd vanuit de GGD-en ging begin 2011 'Trammelant in Tandenland' van start, gericht op het aanleren van goede zelfzorg door zowel kinderen van groep 1 tot en met groep 4 als hun ouders. Bij al deze acties werd de grondige onderzoeksaanpak in de vorige eeuw (met voor- en nameting) niet gevolgd.

Verder zijn vanaf 2005 door verschillende GGD-en, in samenwerking met tandartsen en in enkele gevallen met een zorgverzekeraar, projecten opgezet om het tandartsbezoek van jonge kinderen en/of de zelfzorg door ouders te stimuleren, zoals 'Met twee jaar naar de tandarts', 'Tandje extra', 'Ben Borstel'. Het laatste project wees uit dat de 'dental mindedness' bij ouders van jonge kinderen toenam en dat meer jonge kinderen naar de tandarts gingen. De verbeteringen in het poetsgedrag waren echter van korte duur; vermindering van cariës trad niet op.²⁵

PATIËNTENVOORLICHTING

Tandartsen en mondhygiënist(en) gingen meer aandacht besteden aan het informeren van patiënten over het belang van een goede dagelijkse mondhygiëne ter voorkoming van gebitsziekten door groeiende inzichten op het gebied van de parodontologie (aandoeningen van tandvles en kaakbot). Onderzoek vanaf de jaren tachtig liet overigens wel zien dat de kennis van zorgverleners over cariësetiologie en -preventie, over de werking van fluoride en over mondkanker, aids en hepatitis te wensen overliet.^{30,31}

Opkomst informatieverstrekking

De voorlichting in tandartspraktijken diende niet alleen betrekking te hebben op preventie. Al in de jaren tachtig was uit onderzoek gebleken dat patiënten vooral ook vragen hebben over tandheelkundige verrichtingen en de organisatie van de praktijk.³¹ Onderzoek over het nut van een 'tandartsombudsman' toonde aan dat die een belangrijke rol kan spelen bij zowel de bemiddeling in conflicten tussen tandartsen en patiënten als bij initiatieven om angstige patiënten naar de tandarts te krijgen.³¹ Dit leidde tot de instelling door de NMT van het Tandheelkundig Informatie Punt (TIP).³²

Met de invoering van de wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) in 1995 kregen patiënten het recht op informatie en zorgverleners de plicht tot informeren. In vakbladen voor tandartsen werd hieraan veel aandacht besteed. Ook werden de consequenties in de tandheelkundige praktijkvoering onderzocht.³³ Het bleek dat er een toename was van klachten over gebrekkige informatie over behandelingen.^{34,35} De tevredenheid van patiënten over de verleende mondzorg was positief gerelateerd aan het ervaren communicatieve gedrag van de tandartsen: hoe beter de tandartsen met patiënten communiceren, hoe meer tevreden dezen zijn.³²

Uitvoering in de tandartspraktijk

Uit een onderzoek door de NMT in 2005 bleek dat ook de meeste (91%) tandartsen voorlichting een essentieel onderdeel vinden van de tandheelkundige behandeling.³⁶ Vier op de tien (41%) tandartsen gaven aan dat in hun praktijk afspraken waren gemaakt over de inhoud daarvan, de voorlichtende zorgverlener en de wijze waarop dit gebeurt.

DISCUSSIE

De mondgezondheid van de bevolking is vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw sterk verbeterd. Cariës en pa-

rodontale aandoeningen kunnen door een goede zelfzorg, aangevuld met preventieve maatregelen door de tandarts, voor een belangrijk deel worden voorkomen. Door TGVO is dit besef bij een groot deel van de bevolking ontstaan.

Overigens moet hier ook de rol van het bedrijfsleven worden genoemd. In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw hebben de producenten van mondverzorgingsproducten de verkoop van fluoridetandpasta's (en tandenborstels) omhoog gestuwd.⁷ Toch lukt het niet om in de gehele bevolking de prevalentie van cariës drastisch te verminderen. Dit komt vooral doordat tandbederf en parodontale aandoeningen sterk verband houden met 'verkeerd' gedrag, dat lang niet altijd eenvoudig is te veranderen.

Effect van TGVO

TGVO heeft in het verleden een belangrijke bijdrage geleverd aan het vergroten van het bewustzijn bij de bevolking van de oorzaken van tandbederf en het belang van goede zelfzorg. De les van de afgelopen twee decennia is echter dat collectieve voorlichting met regelmaat moet worden herhaald, omdat het besef van het belang van goede zelfzorg niet automatisch beklijft. Mensen van de jonge generatie en dus ook jonge ouders, die zijn opgegroeid met goede tandheelkundige zorg hebben de pijn van tandbederf zelf niet ondervonden en zijn zich daardoor onvoldoende bewust van het gevaar van cariës, ook voor het melkgebit van hun kinderen.²⁴ Het blijvend motiveren van de bevolking tot adequate zelfzorg en regelmatig tandartsbezoek is noodzakelijk. Om jeugdigen te bereiken, is het gebruik van nieuwe voorlichtingsmethodieken en communicatiemiddelen wenselijk.

Bij TGVO is het bovendien van belang om vroegtijdig te beginnen. Het van begin af aan aanleren van gezond gedrag is effectiever dan het afleren van verkeerd gedrag. Daarom suggereren Van Dam et al.²⁵ om de consultatiebureaus te betrekken bij de voorlichting over mondgezondheid en goede zelfzorg. Ook Kalsbeek en Fokker noemen het belang hiervan.⁴⁰ Dat voorlichting via consultatiebureaus goed kan werken, blijkt uit de resultaten van een campagne van het IK in 1995 ter stimulering van het gebruik van een beker bij baby's vanaf 6 maanden ter voorkoming van zuigflescariës.⁴¹

De Gezondheidsraad²⁹ stelt echter vast dat wetenschappelijk niet is aangetoond dat alleen het geven van voorlichting voldoende effectief is. Voor het terugdringen van cariës en parodontale aandoeningen is cruciaal dat gedragsverandering wordt bereikt.

Meer onderzoek noodzakelijk

De Gezondheidsraad signaleert ook dat in Nederland op het gebied van mondziekten weinig epidemiologisch onderzoek wordt uitgevoerd. Hierdoor is er onvoldoende zicht op de landelijke en regionale mondgezondheidssituatie, in het bijzonder van de verschillende (kwetsbare) bevolkingsgroepen. Ook is weinig bekend over het kennisniveau van bevolkingsgroepen met betrekking tot preventief gedrag. Daardoor is bijvoorbeeld niet goed te bepalen welke strategie gewenst is. Is het bijvoorbeeld het

meest effectief om een interventie specifiek te richten op risicogroepen of moet deze gericht zijn op de gehele bevolking? De Gezondheidsraad pleit voor de opzet van een landelijke monitor mondgezondheid.

Rol van de overheid

De collectieve voorlichting is bij de GGD-en neergelegd. Vanwege het beperkte budget moeten gemeenten echter voortdurend keuzes maken en prioriteiten stellen. Ook allerlei andere gedragsziekten vragen de aandacht. Een belangrijke constatering is dat cariës overeenkomstige risicofactoren heeft met ziekten als obesitas en diabetes. Dit biedt mogelijkheden voor een integrale en efficiëntere aanpak.

Mondzorgverleners

De restauratieve behandeling van cariës beslaat een aanzienlijk deel van de totale uitgaven aan tandheelkundige zorg.²⁹ Dit is een weinig doelmatige inzet van financiële middelen. Een gerichte en structureel georganiseerde inzet op preventie zou veel kosten kunnen besparen. Dat tandartsen, mondhygiënist en tandartsassistenten hierin een belangrijke taak hebben, wordt door iedereen onderschreven.

In Denemarken heeft het zogeheten Nexö-project aangetoond dat een intensieve begeleiding door mondzorgverleners van ouders, (jonge) kinderen en adolescenten kan leiden tot een drastische daling van cariës bij jeugdigen.^{38,39} Deze begeleiding is gebaseerd op drie principes: (a.) voorlichting over het cariësproces, het belang van mondzorg en het gebruik van fluoridetandpasta, (b.) intensieve training in adequate zelfzorg (verwijdering van plaque) en (c.) vroegtijdige non-invasieve interventie door de tandarts. Dit vergt een intensieve inspanning van de zorgverleners. Voor een duurzaam resultaat is herhaling van de boodschap nodig en is het van belang dat de patiënten gemotiveerd blijven. Dit vraagt een goede vertrouwensrelatie tussen patiënten en zorgverleners.⁴² Over de beperkte mogelijkheden van gedragsbeïnvloeding is het nodige bekend.⁴³ Goede scholing van de zorgverleners is van belang. Hetzelfde geldt voor meer wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van voorlichtings- en begeleidingsinterventies bij de verschillende doelgroepen.

CONCLUSIE

Het voorkomen van mondziekten lijkt betrekkelijk eenvoudig. De oorzaken zijn immers bekend en goede zelfzorg is zeer effectief. De praktijk is weerbarstig omdat bij het ontstaan van deze ziekten verschillende individuele en omgevingsfactoren in onderlinge samenhang een rol spelen. Bovendien blijkt dat kennis na verloop van tijd wegebt en dat het lastig is om ingesleten verkeerde gedragspatronen te veranderen. TGVO heeft bijgedragen aan kennis en bewustzijn van de bevolking inzake het belang van goede mondzorg, maar moet blijvend worden ingezet.

Zeker gezien de gedeelde risicofactoren met andere gedragsziekten zou tandheelkundige voorlichting een vast onderdeel moeten zijn van de GVO door GGD-en.

Daarbij moet (bijvoorbeeld op consultatiebureaus) zo vroeg mogelijk worden gestart met zowel het aanleren van het juiste gedrag als de verwijzing van kinderen vanaf 2 jaar naar de tandartspraktijk. Veel winst is vervolgens te behalen in die tandartspraktijk. Dat is immers bij uitstek de plaats voor de individuele patiëntenvoorlichting door tandartsen, mondhygiënist en tandartsassistenten. Adequate scholing en onderzoek naar effectieve voorlichtingsmethoden zijn daarbij gewenst. Aanvullend kunnen TGVO-campagnes worden ingezet op basisscholen, zoals gebeurt via 'Hou je mond gezond!'. We pleiten voor een aanpak waarin een collectieve en een individuele aanpak van TGVO worden gecombineerd, gebruikmakend van de moderne sociale communicatiemiddelen.

ABSTRACT

Dental health promotion: then and now

This article presents a review of 60 years dental health promotion in the Netherlands. The consciousness of the importance of dental health did strongly increase during these years. Intensive individual and collective education did contribute to this development. Rigorous scientific research projects on dental health promotion were not performed during the last two decennia, except the evaluation of some regional stimulation projects. However, the prevention of dental health, caries, and periodontal diseases is still important, especially among the youth, frail elderly, and lower SES groups. Only limited epidemiological data about the dental health are available about the Dutch population. Collective education on dental care will be strongly needed. The practicing dentists and their co-workers play an important role in the patient education and health promotion.

Keywords: dental care, education, health promotion, history

LITERATUUR

1. Dekker J den. Mondzorg in sociaal perspectief. Houten: Bohn Stafleu, 2008.
2. Edeler, HA. De Drinkwaterfluoridering. Tandartsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1946 - 1976. proefschrift. Amsterdam: UvA, 2009.
3. Kalsbeek H. Schooltandverzorging. Een sociaal-tandheelkundig onderzoek bij recruten. Rotterdam: Bronder-Offset NV, 1972.
4. Eijkman MAJ. De jaren negentig: omslag in het sociaal-tandheelkundig denken. Rede uitgesproken ter gelegenheid van het afscheid als gewoon hoogleraar Sociale Tandheelkunde, in het bijzonder de Voorlichtingskunde en de Epidemiologie aan de Faculteit der Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: UvA, 2003.
5. Carpay JJ, Nieman FHM. Het professioneel functioneren en de maatschappelijke betekenis van de jeugdtandverzorging. proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 1986.
6. Kalsbeek H. De meerwaarde van instellingen voor jeugdtandverzorging. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007;114:496-503.
7. Eijkman MAJ, Duyx, MPMA, Visser APH. Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006, par. 11.5
8. Sanden-Stoelinga MSE. De weg naar de hemel is niet geplaveid met rozen, ofwel de perikelen in en om (T)GVO projecten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982;89:575-9.
9. Eijkman MAJ. Tandarts en patiëntenvoorlichting. Een terreinverkenning in de (T.) G.V.O. proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1979.
10. Plasschaert AJM. (Tandheelkundige) Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Waarom en hoe? Ned Tijdschr Tandheelkd 1975;82:279-86.
11. Crielaers PJA. Op weg naar mondigheid. proefschrift. Amsterdam: UvA, 1977.
12. Eijkman MAJ. 100 jaar gedragswetenschappen in het tandheelkundig onderwijs. In: 1877-1977 Van Tandmeesters en Tandartsen. Amsterdam: BV 't Koggeschip, 1977.
13. Boot JM, Knapen MH. Sociale kaart van de gezondheidszorg in Nederland. Tijdschr Sociologie 1983;4:179-94.
14. Backer Dirks O, West HA van, Sanden-Stoelinga MSE. Onderzoek naar het effect van de voorlichtingsactie "Gezond Gebit" te Ede. Ned Tijdschr Tandheelk 1976;83:115-20.
15. Plasschaert AJM, König KG, Vogels ALM. Het effect van motiverende en informatieve beïnvloeding van fluoride tabletten bij schoolkinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1975;82:195-202.
16. Plasschaert AJM, König KG, Truin GJ, Vogels ALM. Tandcariës bij 5-,7-,9- en 11-jarige Haagse kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1977;84:14-21.
17. Kalsbeek H. Het project Kindertandverzorging Tiel. Utrecht: Vakgroep Sociale en Preventieve Tandheelkunde, RU Utrecht/Werkgroep TNO Tand- en Mondziekten, 1985.
18. Werkgroep TGVO. 5 jaar TGVO in Friesland. Leeuwarden: Provinciale kruisverenigingen, 1977.
19. Kapteijns MWJJ, Meijer, Eijkman MAJ, Horst G ter. Tien jaar publiciteitscampagnes van de Stichting Goed Gebit: een evaluatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986;83:100-05.
20. Hoog N de. Fear-arousing communications and persuasion. The impact of vulnerability on processing and accepting fear appeals. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2005.
21. CBS, cbs.statline.nl.
22. Kalsbeek H. Evidence of decrease in prevalence of dental caries in the Netherlands; an evaluation of epidemiological caries surveys on 4-6 and 11-15 -year-old children, performed between 1965 and 1980. J Dent Res 1982;61(Special issue);1321-26
23. Loveren C van, Eijkman MAJ. Preventie op koers? Investeren blijft een noodzaak. Ned Tijdschr Tandheelk 2003;110:493-99.
24. Dam BAFM van, Boer J den. Regionale activiteiten van tandartsen en GGDen op het gebied van mondgezondheid van jeugdigen. intern rapport. Nieuwegein: NMT, 2007.
25. Dam BAFM van, Bruers JJM, Monshouwer. Zorg om de mondzorg van jonge kinderen. Inventarisatie van initiatieven en interventies ter verbetering van de mondgezondheid van kinderen met een melkgebit. Nieuwegein: NMT, 2011.
26. Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging jeugdige ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting 2003. Amsterdam, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam/TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
27. Dekker J den, Abbink EJAA. Signalement Mondzorg 2007. Diemen: CVZ, 2007.
28. Schuller AA, Poorterman JHG, Kempen CPF van, Dusseldorp EML, Dommelen P van, Verrips GHW. Kies voor tanden. Een

- onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Tussenmeting 2009. Amsterdam: TNO/ACTA, 2011.
29. Gezondheidsraad. De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012.
 30. Eijkman MAJ, With C de. Answers from dentists, dental hygienists and dental assistants to questions asked by patients concerning preventive dental matters. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1980;8:339-46.
 31. Eijkman MAJ, Riel CBM van, Dijk RJ van. 873 questions of Dutch dental patients: a Challenge to dental health education. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1984;12:308-14.
 32. Eijkman MAJ. A dental ombudsman. A mediator between Dutch dental patients and dental practitioners. *Patient Educ Couns* 1987;9:65-72.
 33. Schouten BC. On the autonomy of dental patients. proefschrift Amsterdam: UvA, 2002.
 34. Christiaans-Dingelhof I, Brands WG, Eijkman MAJ, Hubben. De tandarts in de tuchtrechtspraak, 1994-2001. Reeks Gezondheidsrecht 17. Den Haag: Koninklijke Vermande, 2002.
 35. Lipschart-Van der Linden HT, Eijkman MAJ, Spruijt RJ. Problemen rond tandheelkundige informatieverstrekking aan patiënten. Een dossieronderzoek door de Consumentenbond. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1997;94:152-4.
 36. Bruers JJM, Dam BAFM van, Boer J den. Voorlichting in tandartspraktijken. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008;115:519-25.
 37. Vermaire JH, Eijkman MAJ. Aanklachten tegen tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001;108:11-5.
 38. Ekstrand KR, Christansen ME. Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. *Caries Res* 2005;39:455-67.
 39. Gemert-Schriks MCM van, Amerongen JP van. Cariësmanagement. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010;117:167-71.
 40. Kalsbeek H, Fokker AM. Collectieve preventie. In: Loveren C van, Weijden GA van der (red). *Preventieve tandheelkunde. Op weg naar een doelmatige aanpak*. Houten:Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
 41. Koelen MA, Hielkema-de Meij JE, Sanden-Stoelinga MSE van der. Bottle it up-take a cup. The fight against nursing caries in the Netherlands: the campaign and its results. *Int J Health Promot Educ* 2000;38:47-53.
 42. Palenstein Helderma WH van, Weijden GA van der. Mondhygiëne. In: Loveren C van, Weijden GA van der (red). *Preventieve tandheelkunde. Op weg naar een doelmatige aanpak*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
 43. Schut H. Compliance-bevorderende interventies. In: Loveren C van, Weijden GA van der (red). *Preventieve tandheelkunde. Op weg naar een doelmatige aanpak*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. em. Michiel A.J. Eijkman, ACTA Sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam, tel. 020-5981246, e-mail: maj.eijkman@acta.nl