



Katholieke *Universiteit* Nijmegen

# Mondiale mondgezondheidszorg, prioriteiten en strategieën

Inaugurale rede door Wim H. van Palenstein Helderman

الدكتور  
البار  
البار

FELICITER



# **Mondiale mondgezondheidszorg, prioriteiten en strategieën**

**Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in Gezondheidszorgonderwijs en onderzoek op het terrein van de tandheelkundige zorgverlening in ontwikkelingslanden, vanwege de Stichting Dental Health International Netherlands (DHIN) aan de Faculteit der Medische Wetenschappen / UMC St Radboud van de Katholieke Universiteit Nijmegen op vrijdag 25 april 2003**

**door Wim H. van Palenstein Helderman**

**Fotografie:** Herbert van de Sluis

**Vormgeving en opmaak:** Nies en Partners bno, Nijmegen

**Drukwerk:** Janssen Print Nijmegen

ISBN 90-9016949-0

© Wim H. van Palenstein Helderma, Nijmegen, 2003

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

*“The right to health does not mean that poor governments must put in place expensive health services for which they have no resources. But it does require governments and public authorities to put in place policies and action plans which will lead to available and accessible health care for all. To ensure it happens is the challenge facing the human rights community and health professionals”*

Mary Robinson, United Nations High Commissioner for Human Rights

*Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,*

Mondgezondheid is een fundamenteel onderdeel van de totale gezondheid. Bijna iedereen, en zeker naarmate de leeftijd vordert, lijdt aan mondziekten. Dat zijn niet alleen tandziekten en daarom spreek ik verder over mondgezondheidszorg en niet over tandheelkundige zorg. Hoewel de meeste mondziekten niet levensbedreigend zijn, hebben ze wel een negatief effect op de kwaliteit van het leven en op de economische activiteit. Momenteel is eenvoudige mondgezondheidszorg voor meer dan 70% van de wereldbevolking niet toegankelijk.

Het is niet mogelijk de situatie en ontwikkeling van een mondiale mondgezondheidszorg te bespreken buiten de context van armoede en de gezondheidszorg in het algemeen. Meer dan een miljard mensen heeft minder dan een euro per dag om van te leven en de helft van de wereldbevolking moet rondkomen met twee euro per dag. Ongeveer twee miljard mensen hebben geen toegang tot schoon water en drie miljard mensen hebben geen behoorlijke sanitaire voorzieningen. Het gevolg is ondervoeding, de verspreiding van allerlei infecties, een hoge morbiditeit van chronisch zieken en een hoge mortaliteit. Kortom, armoede is de meest meedogenloze moordenaar en grootste veroorzaker van lichamelijk en geestelijk lijden.

De huidige situatie staat in schril contrast met de Universal Declaration of Human Rights, waarin staat dat iedereen het recht heeft op levensomstandigheden die gezondheid en welzijn waarborgen en dat iedereen toegang behoort te hebben tot een basale vorm van gezondheidszorg. Wat dat laatste betreft: er zijn nog steeds meer dan 30 landen waar de meest basale, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg ontbreekt.

### **Toegang tot gezondheidszorg is een (mensen)recht**

Het recht op gezondheidszorg is recent nog eens bekrachtigd door de Verenigde Naties bij de instelling van een nieuw mondiaal gezondheidszorgfonds. Dit was reden voor de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) om een "Macro-economics and Health Committee" in te stellen met als opdracht gezondheidszorgontwikkeling topprioriteit te geven met als belangrijkste overweging dat investeringen in de

gezondheidszorg de economische ontwikkeling ten goede komen. Echter, hoeveel initiatieven internationale organisaties ook nemen, de eerste verantwoordelijkheid voor een basale gezondheidszorg voor de hele bevolking ligt bij de nationale overheden.

Mondgezondheidszorg mag dan geen hoge prioriteit hebben bij nationale overheden, noch bij internationale organisaties, er is zelfs in de armste landen een begroting voor mondgezondheidszorg. De vraag is dan ook hoe het budget voor mondgezondheidszorg verhoogd kan worden en vooral ook hoe de bestaande middelen zo kunnen worden aangewend dat ook de allerarmsten met hun mondproblemen toegang krijgen tot basale zorg. Voor ik hier nader op in ga, wil ik eerst in het kort de ontwikkeling schetsen van de gezondheidszorg in de derde wereld.

### **Gezondheidszorg voor iedereen**

“Gezondheidszorg voor iedereen in het jaar 2000” was de leidraad op de Alma Ata- conferentie in 1978, die georganiseerd werd door de Wereld Gezondheidsorganisatie en UNICEF. De uitkomst van die conferentie betekende een doorbraak in de visie op gezondheid. Er vond op die conferentie een verschuiving plaats van de opvatting dat gezondheid vooral het resultaat was van technisch biomedisch handelen naar het inzicht dat gezondheid vooral onder invloed staat van economische en sociale omstandigheden. Dit mondde uit in de Primary Health Care (PHC) strategie. Deze strategie geeft meer prioriteit aan de controle en preventie van de meest voorkomende ziekten en brengt tevens eenvoudige curatieve en preventieve zorg naar de gemeenschap, in plaats van deze zorg beperkt te houden tot de ziekenhuizen. Door in dorpen Health Centres op te richten die naast eenvoudige curatieve behandeling ook zorg aanbieden gericht op voorlichting en preventie, wordt een omgeving gecreëerd die gezondheid en welzijn bevordert. Het gebruik van hulpmiddelen en de toepassing van eenvoudige middelen maakt deze vorm van gezondheidszorg bovendien beter betaalbaar. Door de invoering van de PHC-strategie is in vele arme landen eenvoudige behandeling en preventief georiënteerde zorg nu bereikbaar voor de bevolking. Daardoor is er nu bijvoorbeeld minder zuigelingensterfte en een hogere levensverwachting. De prevalentie van een aantal ziekten is afgenomen.



### **Mondgezondheidszorg voor iedereen, een gemiste kans**

Aan de mondgezondheidszorg in de derde wereld is die verandering voorbijgegaan: in plaats van eenvoudige mondgezondheidszorg met voorlichting en preventie bij de bevolking te brengen via hulpkrachten, bleef de mondgezondheidszorg bij de tandartsen in privé-klinieken en ziekenhuizen in de steden. De verschuiving van de dure technisch curatieve behandeling naar een eenvoudiger en goedkopere zorg met een bevolkingsgerichte, gedragsgeoriënteerde voorlichting en preventie vond niet plaats.

De huidige situatie in veel landen – en zeker niet alleen in de armste – is dat de plattelandsbevolking, globaal zo'n 70% tot 80% van de totale bevolking, verstoken is van mondgezondheidszorg, omdat tandartsen in de steden traditioneel westerse en dus dure tandheelkundige hulp verlenen die voor de plattelandsbevolking, maar ook voor de armen in de steden niet bereikbaar is. De hoofdoorzaak van het feilen bij pogingen de situatie te verbeteren, is het onvermogen binnen de tandheelkundige professie, ook in arme landen, in te zien dat wat werkt in het westen niet zomaar verplaatst kan worden naar de derde wereld. Zo resulteerden pogingen in een aantal derdewereldlanden om de situatie te verbeteren door meer tandartsen op te leiden, niet tot een betere verdeling van de zorg over de bevolking. De nieuwe lichtung tandartsen vestigde zich als vanouds in de steden, omdat daar de rijke bovenlaag woont die de dure zorg kan betalen. De overheid van arme landen beschikt niet over voldoende financiën om tandartsen in Health Centres te plaatsen. Voor tandartsen met een privé-kliniek is op het platteland geen emplooi omdat de zorg die ze bieden te duur is. In een aantal landen bestaat de verplichting dat pas afgestudeerde tandartsen een aantal jaren in Health Centres werken. In de praktijk komt daar weinig tot niets van terecht. De dental unit is onvolledig of kapot of helemaal niet aanwezig, het salaris laag en bij een onaangekondigd officieel bezoek aan het Health Centre is de tandarts niet te vinden. Dat verbetering van de verdeling van de zorg over de bevolking niet in de eerste plaats gezocht moet worden bij het verhogen van het aantal tandartsen kan ook worden geïllustreerd aan de hand van de situatie in Jordanië en Syrië. In deze landen is 80%-90% van de cariës bij 12-jarige kinderen onbehandeld, terwijl er een enorm overschot aan tandartsen bestaat. De traditioneel westerse cariësbehandeling is te duur voor de bevolking en de overheid van deze landen, en dus kiezen de talloze werkloze tandartsen een ander beroep.

### **Gegevens voor een goede planning van een basale mondgezondheidszorg**

De gangbare gedachte voortvloeiend uit de filosofie van het WHO-rapport “Oral Health Surveys – Basic Methods” (1997), is dat allereerst nationale epidemiologische gegevens over de prevalentie en ernst van mondziekten moeten worden verzameld voordat zinvolle planning van de zorg mogelijk is. Dergelijke epidemiologische gegevens maken duidelijk wat de zorgverleners zien als noodzakelijke behandeling, maar de gegevens maskeren de eerste behoeften van zorg onder de bevolking. Bovendien zijn de kosten van een op de prevalentie van mondziekten gebaseerde mondgezondheidszorg in arme landen honderden malen hoger dan de bestaande begrotingen. De gedachte dat planning van de mondgezondheidszorg moet geschieden op basis van epidemiologische gegevens wordt overigens niet ondersteund door de ontwikkelingen in de mondgezondheidszorg in de rijke westerse landen. Daar worden de ontwikkelingen gedicteerd door de politiek, namelijk wat wil de bevolking en wat is economisch haalbaar.

In gebieden en landen waar een basisvorm van mondgezondheidszorg nog niet aanwezig is, zou de eerste behoefte van de bevolking een leidraad moeten zijn bij de planning van die zorg. Hoe kan zo'n eerste behoefte worden vastgesteld? Door te inventariseren wat men als mondproblemen ervaart en waarom men er hulp voor zoekt. Uit de beperkte literatuur komt naar voren dat dit sterk gekoppeld is aan pijn. Omdat mondgezondheidszorg niet aanwezig is, gebruikt men medicijnen tegen de pijn. Relatief veel geld wordt besteed aan pijnstillers, lokale traditionele medicijnen en antibiotica, wat leidt tot misbruik van antibiotica.

Diepe cariës en gerelateerde pulpitis en abcessen zijn de meest voorkomende oorzaken van pijn en dus een reden om hulp te zoeken. De afwezigheid van een omgeving die preventie stimuleert en het ontbreken van hulp op dorpsniveau veroorzaakt een stroom patiënten naar de districtziekenhuizen. Om het voorbeeld te geven van Vietnam: in de tandheelkundige kliniek van districtziekenhuizen waar tandartsen werkzaam zijn met duur instrumentarium, gaat het in negen van de tien gevallen om extracties. Deze ziekenhuiszorg is een dure vorm van zorg voor eenvoudige behandelingen.

### **Mondgezondheidszorg bereikbaar voor iedereen, maar hoe?**

Een basale vorm van mondgezondheidszorg met hulpkrachten die gebruik maken van eenvoudig instrumentarium, zou de stroom patiënten met pijnklachten naar het ziekenhuis sterk kunnen reduceren en daarmee ook de kosten van de zorg.

Vorig jaar heeft het Nijmeegse WHO Collaborating Centre een rapport gepubliceerd: "Basic Package of Oral Care". Dat rapport stelt een strategie voor die de mondgezondheidszorg bereikbaar moet maken voor achtergestelde bevolkingsgroepen. Het voorgestelde pakket voor een basale vorm van mondgezondheidszorg bevat de volgende drie componenten:

- Oral Urgent Treatment (OUT);
- Affordable Fluoride Toothpaste (AFT);
- Atraumatic Restorative Treatment (ART).

Voorlichting en preventie zijn uiteraard integrale onderdelen van de Basic Package of Oral Care (BPOC).

### **Oral Urgent Treatment (OUT)**

Oral Urgent Treatment, kortweg OUT, is de eerste component van de BPOC-strategie. OUT bevat het volgende:

- Extractie van elementen met diepe cariës, pulpitis, periapicale abscessen en ernstige parodontale aandoeningen;
- Behandeling van "dry sockets" en bloeding na extractie;
- Drainage van gelokaliseerde abscessen;
- Behandeling met antibiotica en pijnstillers bij acute infecties;
- Eerste hulp bij aangezichtstraumata;
- Verwijzing van gecompliceerde gevallen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

OUT kan worden verleend door hulpkrachten die werkzaam zijn in Health Centres van het bestaande PHC-systeem. De benodigde instrumenten kosten een fractie van het instrumentarium van een tandarts.

### **Affordable Fluoride Toothpaste (AFT)**

Affordable Fluoride Toothpaste, kortweg AFT, is de tweede component van de BPOC- strategie. Een belangrijke voorwaarde om de prevalentie van ziekten te verlagen is een omgeving te creëren die gezondheidsbevorderend is. De meest voorkomende ziekte van de mond, cariës, kan het effectiefst worden bestreden met fluoride. Drie belangrijke mogelijkheden om fluoride te distribueren zijn: fluoridering van drinkwater, fluoridering van keukenzout en fluoridering van tandpasta. In de meeste arme landen is het merendeel van de huishoudens niet aangesloten op het waterleidingnet en daarom is waterfluoridering in die landen geen optie. Zoutfluoridering is alleen dan een optie wanneer aan de voorwaarden van kwaliteitscontrole en centrale distributie wordt voldaan.

Poetsen met fluoridetandpasta is een zeer effectieve manier om cariës te remmen, omdat het cariëspreventieve effect van fluoride vooral plaats vindt aan het tandglazuuroppervlak. Talrijke studies hebben dat effect aangetoond. De enorme afname van cariës in de westerse landen wordt met name toegeschreven aan de invoering van fluoridetandpasta. De afname van cariës in de laatste dertig jaar heeft zich bovendien voltrokken bij een ongeveer gelijkblijvende suikerconsumptie. Daar waar de mondhygiëne met fluoridetandpasta adequaat is, heeft de voeding een minder belangrijk aandeel in de cariëspreventie.

Voor veel arme landen is fluoridering van tandpasta's de enige reële optie tegen cariës. Een nadeel van deze optie is dat dagelijks poetsen met tandpasta nog geen routine onder de bevolking is en dat lokaal aanwezige fluoridetandpasta's lang niet altijd vrij geïoniseerde fluoride bevatten, hetgeen een voorwaarde is voor een cariëspreventief effect. Bovendien zijn fluoridetandpasta's voor veel mensen te duur. De prijs is echter onnodig hoog, omdat veel nationale overheden cosmetica-belasting heffen op tandpasta.

Om de preventie van cariës én parodontale aandoeningen te bevorderen moet een ontwikkeling in gang worden gezet waarbij:

- Surfend op de langzaam op gang komende maatschappelijke veranderingen, ook in de arme landen, tandenpoetsen als onderdeel van een nieuwe levensstijl wordt gestimuleerd door de overheid, de tandpasta-industrie en de tandheelkundige professie;
- Een kwaliteitscontrolesysteem wordt ingevoerd dat een garantie biedt dat lokaal aanwezige fluoride tandpasta een cariëspreventieve werking heeft, hetgeen impliceert dat er voldoende vrij geïoniseerde fluoride aanwezig moet zijn in de tandpasta;
- De overheid in samenwerking met de industrie en de tandheelkundige professie een systeem ontwikkelt dat de aanwezigheid van lokaal geproduceerde effectieve en goedkope (belastingfaciliteiten) fluoridetandpasta's op de lokale markt waarborgt. Daarnaast is aanbeveling van het gebruik van die tandpasta's nodig.

Het stimuleren van dagelijks tandenpoetsen met fluoridetandpasta valt ook onder de taken van de eerder genoemde hulpkrachten die in Health Centres verantwoordelijk zijn voor de mondgezondheidszorg. Dit impliceert dat zij ook de daar werkzame verpleegsters en vroedvrouwen informeren over mondhygiëne, zodat deze gezondheidswerkers voorlichting kunnen geven over praktische aspecten van mondhygiëne in moeder- en kindklinieken binnen het bestaande PHC-systeem. Ook schoolprogramma's over mondhygiëne kunnen worden uitgevoerd als er ondersteuning is van lokale gezondheidswerkers.

### **Atraumatic Restorative Treatment (ART)**

Atraumatic Restorative Treatment, kortweg ART, is de derde component van de BPOC- strategie. Hoewel het dagelijks poetsen met fluoridetandpasta de cariësactiviteit zal verminderen, zal cariës niet geheel verdwijnen. Indien cariës onbehandeld blijft, zal dit onvermijdelijk leiden tot pijn, infectie en tenslotte verlies van tanden en kiezen. Een tijdige curatieve behandeling van cariës is een vorm van secundaire preventie. De westerse curatieve behandeling van cariës steunt op elektrisch aangedreven instrumentarium. De gecompliceerdheid van dat instrumentarium, de onderhouds-problemen en de kosten beperken de verspreiding ervan in arme landen. In die landen is dergelijke apparatuur dan ook alleen aanwezig in privé-klinieken, ziekenhuizen en op enkele locaties van een schooltandverzorgingdienst in de steden.

Dr. Jo Frencken, werkzaam aan deze universiteit, heeft een alternatieve manier van cariësbehandeling en preventie ontwikkeld, de zogenaamde Atraumatic Restorative Treatment (ART). Bij deze behandeling is geen boor en geen speekselafzuiger nodig, hetgeen impliceert dat ART zonder elektriciteit, zonder leidingwater en zonder dure compressor en dental unit kan worden uitgevoerd. Er is alleen handinstrumentarium voor nodig. Goed opgeleide hulpkrachten kunnen ART uitvoeren. Deze hulpkrachten kunnen ART aanbieden buiten de bestaande tandheelkundige klinieken en daarmee krijgt een groter deel van de bevolking toegang tot preventieve en curatieve zorg van cariës. ART is een prachtig voorbeeld van mondgezondheidszorg die voldoet aan de principes van de PHC-filosofie:

- Prevention;
- Appropriate technology;
- Affordable treatment;
- Equitable distribution of services.

Op papier heel mooi, maar de invoering van ART in de derde wereld gaat niet zonder strubbelingen. De ART-aanpak ondervindt weerstand bij veel tandartsen daar. Het idee restoraties te maken zonder gebruik van de boor en de techniek bij ART, waarbij het vulmateriaal wordt aangedrukt met de vinger, druist in tegen veel dat de tandarts in zijn opleiding heeft geleerd. Praktiserende tandartsen in derdewereldlanden beschikken over een elektrisch aangedreven boor en betwijfelen of cariës met handinstrumentarium wel verwijderd kan worden. Bovendien vinden ze dat ART voor hen nauwelijks meerwaarde heeft. Voor al deze overwegingen geldt "onbekend maakt onbemind". Het betekent wel dat veel voorlichting nodig is om de vooroordelen te weerleggen. Na voorlichting zien tandartsen werkzaam bij de overheid de potentiële mogelijkheden van ART voor de basis mondgezondheidszorg wel, maar tandartsen met een privé- kliniek blijven bevreesd, dat hun patiënten de behandeling zonder boor af zullen doen als primitief, waarmee hun status van sophisticated tandarts gevaar loopt. Initiatieven tot invoering van ART zijn dan ook eerder te verwachten van overheidszijde dan van de kant van de tandheelkundige professie, wat trouwens ook geldt voor OUT.

### *Duurzaamheid van ART- restoraties*

Bij de introductie van een alternatieve restoratieve methode of nieuw vulmateriaal duurt het even voordat gegevens over de duurzaamheid van restoraties beschikbaar zijn. Tot voor kort waren overlevingscurven van 3 jaar (!?) van ART restoraties met glasionomeer bekend. De uitkomsten waren veelbelovend, maar de evaluatieperiode was te kort om definitieve conclusies over de duurzaamheid te kunnen trekken. Inmiddels zijn publicaties in voorbereiding met overlevingscurven van 6 jaar van ART-restoraties. De overlevingspercentages van 6-jaar oude één-vlak-restoraties variëren van 67% tot 75%. Deze percentages lijken acceptabel wanneer ze worden vergeleken met de overlevingspercentages van amalgaam en composiet. In één ART-studie werd amalgaam als vulmateriaal vergeleken met glasionomeer. De duurzaamheid na 6 jaar was hetzelfde. ART is op dit moment bijna onlosmakelijk verbonden aan het vulmateriaal glasionomeer. ART betekent overigens niet alleen het verwijderen van cariës en het vullen van een caviteit, maar ook het sealen van de omringende fissuren ter preventie van primaire en secundaire cariës. Hoewel dat laatste met amalgaam niet mogelijk is, kan amalgaam als vulmateriaal bij ART een alternatief zijn om de volgende redenen:

- Onder tropische omstandigheden is amalgaam langer houdbaar in voorraad;
- In derde wereld landen is er een logistiek systeem voor amalgaam aanwezig.  
Voor glasionomeer moet dat meestal nog worden opgezet;
- Glasionomeer is momenteel duurder dan amalgaam.

### *Schooltandverzorging en ART*

Bij de invoering van ART in een land of regio, zijn schoolkinderen de eerste doelgroep, omdat ze gemakkelijk te bereiken zijn, zeker als er een schooltandverzorgingsdienst is. Bovendien hebben kinderen wanneer ze op tijd worden onderzocht en behandeld veelal kleine gaatjes en juist die zijn geschikt voor ART. Volwassenen in arme landen en in achtergestelde bevolkingsgroepen zijn veel moeilijker te bereiken voor deze behandeling, omdat zij slechts incidenteel, meestal vanwege pijnklachten, hulp zoeken bij de mondgezondheidszorg. Naarmate het besef van het belang van een gezonde mond onder de bevolking toeneemt, neemt ook het gebruik van de zorg met een meer preventief georiënteerd karakter toe en daarmee de vraag naar ART.

Door de hoge kosten van een schooltandverzorging – kostbare tandheelkundige installaties en dure, hoogopgeleide tandartsen – hebben arme landen grote problemen met de uitbreiding van deze zorg. Invoering van ART, uitgevoerd door hulpkrachten geeft de mogelijkheid de schooltandverzorging uit te breiden. Helaas ondervindt ook deze strategie weerstand bij veel tandartsen in de derde wereld, omdat ze tegen het idee zijn dat hulpkrachten zelfstandig curatieve zorg geven. “L’histoire se repète”, want wie herinnert zich niet hoe de professie in Nederland tegen het idee van mondhygiënist was. De initiatieven voor veranderingen in de mondgezondheidszorg moeten dan ook komen van de lokale overheid. Zo is zeer recent in Cambodja een opleiding tot dental nurse met OUT en ART in het pakket door het Ministerie van Gezondheid goedgekeurd. Er was echter een bezoek van een WHO-consultant met het Nijmeegse BPOC-rapport in zijn bagage voor nodig om de Cambodjaanse overheid te ondersteunen in haar beslissing, want het verzet van de tandartsen was aanzienlijk.

#### *ART als onderdeel van een zorgsysteem*

ART alléén is geen panacee voor het cariësprobleem. Dat geldt trouwens ook voor andere aspecten van de zorg. Wanneer ART wordt geïntroduceerd, moet dat gebeuren binnen een breder kader van activiteiten. Dienaangaande verklaart de WHO het volgende: “ART is, however, just one component of oral health care which must start with health promoting messages about a prudent diet and good oral hygiene using a fluoride containing toothpaste”. Er is echter nog iets. Achtergestelde bevolkingsgroepen voor wie ART is bedoeld zijn niet vertrouwd met controlebezoek zoals dat in het westen gebruikelijk is. Wanneer bij ART niet wordt gewezen op de noodzaak van regelmatige controle of wanneer faciliteiten voor toekomstige controle in het lokale verzorgingssysteem ontbreken, wordt de bijdrage van ART aan het behoud van de gerestaureerde tand of kies twijfelachtig. Ik zou daarom aan de WHO-verklaring het volgende willen toevoegen: “*The objective of ART to prolong the life of teeth, can only be achieved if patients understand the importance of regular check-ups and if the local oral care system can sustain the offered ART services*”. Dus wanneer ART wordt aangeboden in bijvoorbeeld de schooltandverzorging, moet het later in het zorgsysteem ook bereikbaar zijn voor schoolverlaters.



### **Voorstel tot het opzetten van kleinschalige demonstratieprojecten**

“Basic Package of Oral Care” is een concept van mondgezondheidszorg voor achtergestelde bevolkingsgroepen, dat uniek is omdat er keuzen worden gemaakt omtrent de verschillende onderdelen van de zorg in een samenhangend geheel. Hoe de verschillende componenten zoals OUT, AFT en ART en de ondersteunende voorlichting op preventief gebied precies moeten worden uitgevoerd, geeft het BPOC-rapport niet aan. Dit is namelijk sterk afhankelijk van de plaatselijke behoeften, de aanwezige middelen en de bestaande infrastructuur van de gezondheidszorg. Het BPOC-rapport is in eerste instantie een beleidsdocument voor nationale overheden. Het wil richting geven aan de ontwikkeling, zonder in detail te treden over de uitvoering. Het BPOC-rapport stelt dan ook voor om allereerst kleinschalige projecten op te zetten die de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verschillende componenten evalueren onder lokale omstandigheden, voordat invoering op grote schaal kan plaats vinden.

Bij de planning en evaluatie van dergelijke demonstratieprojecten is speciale expertise nodig, die niet altijd plaatselijk aanwezig is. WHO Collaborating Centres zoals dat in Nijmegen, kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Het WHO-centrum in Nijmegen ziet die activiteit voor de toekomst als een hoofdtak. Naast de expertise zijn er ook externe financiën nodig voor de planning en evaluatie van dergelijke projecten.

De spelers in dit veld kunnen Dental Associations, de FDI, Non-Government Organisaties (NGO's) en de industrie zijn. In dit kader loopt de tandheelkunde in Nederland voorop, want van alle Dental Associations wereldwijd, besteedt alleen de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) het overheidsperscentage voor ontwikkelingssamenwerking van haar begroting aan ontwikkelingsprojecten in de mondgezondheidszorg.

Internationale organisaties, zoals de Wereldbank, UNICEF en de Europese Commissie ondersteunen eveneens projecten op het gebied van de mondgezondheid, maar slechts in beperkte mate. De reden is dat mondgezondheidszorg een lage prioriteit heeft bij internationale organisaties en een bijkomende reden is dat ontwikkelingsprojecten in de sector mondgezondheid zich tot nu toe inhoudelijk nauwelijks kunnen meten met projecten in andere sectoren van de gezondheidszorg.

Adviseren bij dergelijke demonstratieprojecten op het gebied van mondgezondheidszorg betekent een voortdurend balanceren tussen wat hier optimaal mogelijk is en wat elders haalbaar is. Het zijn de lokale autoriteiten die uiteindelijk zonder druk van de buitenlandse adviseur en donor moeten aangeven wat zij relevant en haalbaar achten, zodat de valkuil *“Wiens brood men eet, diens woord men spreekt”*, wordt vermeden. Dit brengt mij op de ethische implicaties van ontwikkelingssamenwerking.

### **Ethische kwesties in ontwikkelingsprojecten op het gebied van de gezondheidszorg**

Er zijn drie principes bij activiteiten waarbij mensen betrokken zijn:

- Respect voor mensen;
- Bevordering van welzijn;
- Rechtvaardigheid.

Respect voor mensen impliceert bij dit soort projecten dat vrijwilligers of doelgroepen goed moeten worden geïnformeerd over de voor- en nadelen van participatie. Proefpersonen mogen pas worden geaccepteerd nadat zij een schriftelijke verklaring hebben overlegd dat zij mee willen doen. Bevordering van welzijn houdt in dat onderzoekers, adviseurs en hulpverleners activiteiten ontplooiën die uiteindelijk bijdragen tot het welzijn van de participerende groep. Rechtvaardigheid ten slotte wil zeggen dat er voldoende balans moet zijn tussen mogelijke lasten en de voordelen die voortvloeien uit vrijwillige medewerking aan opgelegde activiteiten. Daarnaast gaat het ook om een rechtvaardige verdeling van voorzieningen. Deze in het westen geaccepteerde principes zijn misschien toch minder eenduidig voor andere culturen. Laat ik een paar voorbeelden geven.

#### *Respect voor mensen*

Maakt het respect voor mensen het noodzakelijk een geschreven verklaring voor medewerking van iedere dorpling in de derde wereld te vragen als de dorpsoudste voor hen heeft gesproken? De sociale controle is zo sterk dat een individuele dorpling niet snel zal weigeren als een dorps hoofd zijn toestemming voor medewerking heeft gegeven. Geschreven verklaringen reflecteren dan niet meer de vrije keuze van het

individu. Geschreven verklaringen zijn sowieso problematisch in een samenleving met veel analfabetisme. Daar komt nog bij dat het soms onmogelijk is om iedere dorpling goed te informeren over de gezondheidsaspecten van een project vanwege de taalbarrière en vanwege de verschillende percepties over ziek en gezond.

#### *Bevordering van welzijn*

Het principe om het welzijn van mensen te bevorderen zal bij interventieonderzoek in het westen, naar bijvoorbeeld het cariëspreventieve effect van sealants, niet aangetast worden. Dit kan in de derde wereld anders liggen wanneer het onderzoek plaats vindt bij een bevolkingsgroep voor wie van tevoren duidelijk is dat sealants voor hen in de toekomst niet bereikbaar zijn.

#### *Principe van rechtvaardigheid*

Het rechtvaardigheidsprincipe bij door donors ondersteunde research in de derde wereld loopt aan tegen het dilemma: academische vrijheid contra lokaal toepasbaar onderzoek. In arme landen moet de academische vrijheid bij onderzoek worden geïnterpreteerd als de vrijheid om onderzoeksprogramma's zo te kiezen dat ze relevant zijn voor de ontwikkeling van het land en dat de resultaten lokaal toepasbaar zijn. Bovendien moeten de methoden van onderzoek ook later zonder steun van de donor door lokale onderzoekers uitvoerbaar zijn. Omdat arme landen zelf nauwelijks bronnen voor research hebben, zijn ze bijna volledig aangewezen op samenwerking met donor-landen. Die afhankelijkheid brengt in veel gevallen problemen met zich mee, omdat het donorland research in samenwerking entameert die niet vanzelfsprekend relevant is voor het ontvangende land. Iemand uit de derde wereld vat deze problematiek als volgt samen: *"In many cases the funds are tied in such a way that collaboration with an institution from the donor country is necessary and this restricts the freedom of undertaking relevant research. Most of the research in nutrition was laboratory-based with very little relevance to the problems of the developing country in question, but which provided many publications for scientists working in the donor country's institutions"*.

Samenvattend, hulpverleners en adviseurs op het gebied van de mondgezondheidszorg uit donorlanden moeten zich ten volle realiseren wat de ethische implicaties zijn van hun activiteiten en de ontvangende landen dienen ethische commissies in te stellen dan wel deze te versterken.

### **Noodzaak tot onderzoek op het gebied van de mondgezondheidszorg in de derde wereld**

Er zijn politici in de derde wereld die vinden dat research in de gezondheidszorg in hun land pas gewettigd is als eerst prioriteit aan de uitvoering van zorg wordt gegeven. Lijnrecht daar tegen over staat de visie van internationale gezondheidszorgadviseurs die research essentieel vinden ter ondersteuning van nieuw in te voeren lokale zorgsystemen. Uit wat ik eerder heb gezegd zult u begrijpen dat ik mij bij die laatste opvatting aansluit. Demonstratieprojecten op het gebied van de mondgezondheidszorg zijn noodzakelijk, omdat een bepaalde opzet van zorg, interventie of behandeling die elders bewezen heeft te werken ook onder lokale omstandigheden moet worden onderzocht op doeltreffendheid, doelmatigheid, mate van acceptatie en betaalbaarheid, want "Evidence is global but its application is local".

### **Studenten en ontwikkelingsprojecten**

Een demonstratieproject waarbij het Nijmeegse WHO Collaborating Centre is betrokken biedt studenten hier de mogelijkheid de module wetenschappelijke scholing te gebruiken voor onderzoek naar aspecten van een demonstratieproject. Ook kan de stageperiode gebruikt worden om een tijdje mee te werken aan een project. Confrontatie met de elders aanwezige omstandigheden; een andere prevalentie van mondziekten en de wijze waarop de mondgezondheidszorg is georganiseerd voor achtergestelde bevolkingsgroepen in andere culturen kan bijdragen tot de professionele vorming van een student. De daar aanwezige beperkte middelen maken keuzen noodzakelijk, en dat vereist kennis van de voor- en nadelen van verschillende opties in de zorgverlening. Kennis nemen van dergelijke afwegingsprocessen leidt tot een verdieping van inzichten. Contacten met achtergestelde bevolkingsgroepen leidt tot nieuwe inzichten over gedragsgerelateerde mondaandoeningen die hier niet voorkomen. Ook kan het kennis nemen van het natuurlijk verloop van mondziekten, die hier nauwelijks meer waarneembaar zijn door de veelvuldige interventies, de vakkennis verdiepen. Contact met mensen uit andere culturen versterkt bovendien de persoonlijke vorming. Het besef dat een bescheiden opstelling gewenst is, omdat ons gedrag en onze manier van communiceren de verhoudingen daar danig kunnen verstoren, draagt bij tot een beter inzicht in het eigen functioneren ten opzichte van de ander. De student ondergaat dan een proces dat kort door Gabriel Marcel is samengevat met: "La rencontre m'enveloppe et me comprend".

### **Non-Government Organisaties (NGO's)**

Omdat een NGO, Dental Health International Netherlands (DHIN) het initiatief heeft genomen om aan de Katholieke Universiteit Nijmegen een bijzondere leerstoel te vestigen met als leeropdracht “Gezondheidszorgonderwijs en onderzoek op het terrein van de tandheelkundige zorgverlening in ontwikkelingslanden” – voor buitenlands gebruik heet de opdracht overigens “oral health development” – wil ik nu nader ingaan op de belangrijke rol die NGO's in de mondgezondheidszorg spelen.

Wat zijn NGO's? Een pragmatische definitie, gebruikt door de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), zegt dat elke organisatie die actief is op een non-profit basis en die geen deel uit maakt van de overheid of universiteit, beschouwd kan worden als een NGO. Op het gebied van ontwikkelingssamenwerking zijn NGO's wereldwijd erkend. Ze dragen aan het totale budget voor ontwikkelingssamenwerking een aanzienlijk deel bij en ze zijn vooral zo belangrijk omdat zij behalve vertegenwoordigers ook katalysatoren zijn van gevoelens van medeleven en solidariteit met achtergestelde groepen die vaak worstelen met problemen waar wij geen idee van hebben.

### **Dental Aid Organisaties (DAO's)**

Over NGO's, die actief zijn op het gebied van de mondgezondheid, de zogenaamde Dental Aid Organisaties (DAO's), was tot voor kort weinig bekend. Dr. Habib Benzian van de FDI die grote waarde hecht aan het werk van DAO's, heeft wereldwijd een vragenlijst naar deze organisaties gestuurd. Uit die enquête bleek dat DAO's relatief klein zijn vergeleken met andere NGO's. Hoofddoel van de meeste DAO's is het aanbieden van traditioneel westerse curatieve zorg, gevolgd door technische ondersteuning in de vorm van opgeknapt instrumentarium. In mindere mate wordt aandacht gegeven aan onderwijstraining en evaluatie. Het werk wordt bijna uitsluitend uitgevoerd door vrijwilligers. In bepaalde situaties is deze vorm van humanitaire hulp heel nuttig.

Uit de enquête bleek ook dat DAO's meestal geen contact hadden met lokale overheden, noch met de WHO, Dental Associations, FDI of wetenschappelijke instellingen. De contacten liepen meestal via collega's in het ontvangende land. De meeste DAO's waren sceptisch over samenwerking met andere organisaties en het inwinnen van wetenschappelijk advies, omdat ze vonden zelf over genoeg ervaring en kennis

te beschikken voor het werk dat ze deden. Daarvoor is contact met wetenschappelijke instellingen en samenwerking met andere organisaties inderdaad niet strikt noodzakelijk. Wanneer DAO's echter de intentie hebben om hulp te geven met een langetermijnrendement is samenwerking wel degelijk noodzakelijk. Zo rapporteerden enkele DAO's over de moeilijkheden die zij ondervonden bij de overname van hun project door lokale instanties wanneer zij zich terugtrokken. DAO's bleken weinig inzicht te hebben in de plaatselijke situatie en in de bestaande gezondheidszorgstructuren in het ontvangende land. Zij hielden zich nauwelijks bezig met invoering van methoden uit de sociale en preventieve mondgezondheidszorg. Deze laatste punten verklaren waarschijnlijk waarom het lange termijn rendement zo tegenviel en waarom overnames door lokale instanties zo moeizaam verliepen.

Door de complexiteit van subsidietoekenningen is het voor DAO's uitermate lastig subsidieaanvragen te doen die voldoen aan de subsidiecriteria van grote subsidiegevers. Daarom zijn donaties de belangrijkste financiële bron van DAO's, terwijl andere NGO's veelal ondersteuning krijgen van de overheid en internationale subsidiegevers. Desondanks kunnen de bijdragen van DAO's aan een mondiale verbetering van de mondgezondheidszorg niet genoeg gewaardeerd worden. Er kan veel verbeterd worden aan hun positie en aan de impact van hun activiteiten en daar zijn plannen voor.

### **Federation Dentaire Internationale (FDI)**

De World Dental Association, de FDI, heeft tezamen met het WHO centrum in Nijmegen besloten het voortouw te nemen tot verbetering van de positie en de activiteiten van DAO's, onder het motto: "Strengthening the impact of dental aid worldwide". Vertegenwoordigers van DAO's uit de hele wereld en een aantal vertegenwoordigers van de industrie zijn uitgenodigd om de "Global Oral Health - Planning Workshop" bij te wonen. Het doel van deze workshop is:

- Opbouwen van een netwerk voor DAO's;
- Bespreking van nieuwe strategieën op het gebied van de mondgezondheidszorg voor achtergestelde bevolkingengroepen, zoals dat beschreven is in het WHO rapport "Basic Package of Oral Care";
- Uitwisseling van informatie over planning en evaluatie van projecten

- Uitwisseling van informatie over het belang van samenwerking met WHO en wetenschappelijke instellingen waardoor projectbeschrijvingen meer kans maken op ondersteuning van nationale en internationale subsidiegevers.

De reacties van veel DAO's op dit initiatief waren overweldigend en positief. Bij het ter perse gaan van deze tekst waren de resultaten van de bijeenkomst nog niet bekend.

### **Dental Health International Netherlands (DHIN)**

DHIN, een Nederlandse DAO, is mede door de samenwerking met het WHO Collaborating Centre in Nijmegen goed ingevoerd in de nieuwe ideeën en strategieën met betrekking tot ontwikkelingsprojecten op het gebied van de mondgezondheid. De samenwerking is vruchtbaar omdat de kennis en ervaring van beide partners op voet van gelijkheid wordt uitgewisseld. DHIN is momenteel hard bezig haar beleid aan te passen aan de nieuwe concepten over ontwikkelingshulp op het gebied van de mondgezondheidszorg. Maar naast het werk op het gebied van de ontwikkelingshulp moeten DAO's zoals DHIN uiteraard doorgaan met hun activiteiten op het gebied van de humanitaire hulp, zoals noodhulp in oorlogsgebieden, in vluchtelingenkampen, en hulp in missieziekenhuizen en gesloten inrichtingen.

Ik hoop het goede werk van DHIN en van DAO's in het algemeen een impuls te geven.

### **Dankwoord**

Dames en heren, graag wil ik deze rede besluiten met enkele persoonlijke woorden van dank. Allereerst dank ik het bestuur van Dental Health International Netherlands en in het bijzonder haar voorzitter Henk van de Hul voor het initiatief om deze leerstoel aan de Katholieke Universiteit Nijmegen te vestigen. Bij mijn weten is dit mondiaal gezien de eerste leerstoel op het gebied van Oral Health Development. Het College van Bestuur van deze Universiteit, het bestuur van de Faculteit der Medische Wetenschappen en het bestuur van het Cluster Tandheelkunde dank ik voor mijn benoeming en het in mij gestelde vertrouwen. Mijn bijzondere dank gaat daarbij uit naar de hooggeleerde heren Rob Burgersdijk en Gert-Jan Truin.

Al enkele jaren werk ik nauw samen met het WHO-Centrum binnen het Cluster Tandheelkunde. Het is professor Klaus König geweest, zonder wie dit WHO-centrum er misschien wel niet gekomen was. Als ik “WHO-centrum” zeg dan denk ik in de eerste plaats aan Frans Mikx, de directeur van het centrum. Beste Frans, ons eerste contact dateert al van heel lang terug, toen we nog werkzaam waren in de orale microbiologie, jij in Nijmegen en ik in Utrecht. Ik heb het moeten opzoeken, want het is een tijd geleden, onze eerste gezamenlijke publicatie was in 1978, getiteld: “Micro-organismen en parodontaal verval”. Onze meest recente publicatie in 2002 is getiteld: “Priorities in oral health care in non-established market economy countries”. De beide titels geven duidelijk aan dat ons werkkterrein synchroon verschoven is, mede onder invloed van externe ontwikkelingen, maar de intensieve samenwerking is gebleven, waarvoor ik je zeer dankbaar ben.

Vervolgens wil ik mijn collega Jo Frencken noemen. Beste Jo, mijn eerste indrukken op het gebied van mondgezondheidszorg voor achtergestelde bevolkingsgroepen heb ik bij jou in Tanzania opgedaan. Die eerste ervaringen zijn bepalend geweest voor mijn blijvende interesse op dat gebied. Jouw inspanningen om ART een plaats te geven in de basale mondgezondheidszorg van achtergestelde groepen is voor mij een voortdurende bron van inspiratie. Voor dat alles ben ik je veel asante sana's verschuldigd.

Dear colleague Christopher Holmgren, it is since last year that you have a formal contract with our WHO Centre. Our personal collaboration dates back for many years and it has always been and is still inspiring and fruitful.



Frans, Jo, Christopher en Michiel, mede door jullie inspanning heeft het jonge WHO centrum een plaats gekregen in het krachtenveld van de mondiale mondgezondheidszorg. Ik hoop dat we door ons werk uiteindelijk een bijdrage kunnen leveren aan een eerlijker verdeling van de mondgezondheidszorg in de wereld.

Een woord van dank wil ik ook richten tot de hooggeleerde van 't Hof. Beste Martin, van jou heb ik veel geleerd over de statistische verwerking van epidemiologische gegevens. Elke keer wanneer ik langs kwam met een stapel gegevens werd ik door jou opgewekt verwelkomd. Ik hoop dat je dat zal blijven doen.

Ook mijn collega Cor van Loveren van ACTA wil ik in mijn dankwoord betrekken. Cor, met jou heb ik de afgelopen jaren met veel plezier gebrainstormd over uiteenlopende onderwerpen. Daar moeten we vooral mee doorgaan.

Tegen mijn talrijke buitenlandse collega's met wie ik zo plezierig heb samengewerkt en met de velen onder hen met wie ik nog steeds samenwerk, zou ik willen zeggen: "Thanks for the inspiring contacts with all of you".

Familie, vrienden en mijn lieve Susanna, fijn dat jullie er zijn.

Ik heb gezegd.

## Referenties

- Bedi R, Sardi Infirri J. The root cause. A proposal for action. FDI World Dental Press. 1999.
- Benzian H, Gelbier S. Dental aid organisations: baseline data about their reality today. *Int Dent J* 2002; 52: 309-314.
- Buijs MJ, van Loveren C, Moorer WR, van Palenstein Helderman WH. Total and free fluoride in toothpastes from non-established market economy (non-EME) countries. *Caries Res* 2002; 36: 198.
- Frencken JE, Holmgren CJ. Atraumatic restorative treatment for dental caries. STI Book b.v. Nijmegen. 1999.
- Frencken JE, Holmgren CJ, van Palenstein Helderman WH. Basic package of oral care. WHO Collaborating Centre, Nijmegen. 2002.
- Beirut N, Taifour D, van Palenstein Helderman WH, Frencken JE. A review of the oral health status in Syria. *Int Dent J* 2001; 51: 7-10.
- Downer MC, Azli NA, Bedi R, Moles DR, Setchell DJ. How long do routine dental restorations last? A systematic review. *Br Dent J* 1999; 187: 432-439.
- Lo ECM, Holmgren CJ, Hu D, Wan H, van Palenstein Helderman WH. A six-year longitudinal study of ART restorations placed in Chinese school children. *J Dent Res*. Submitted.
- Mandari GJ, Frencken JE, van 't Hof MA. Six-year success rates of occlusal amalgam and glassionomer restorations placed using three minimal intervention approaches. *Caries Res* 2003 In print.
- Manji F, Sheiham A. CPITN findings and the manpower implications of periodontal treatment needs for Kenyan children. *Community Dent Health* 1986; 3: 143-151.
- Mjör IA, Burke FJT, Wilson NHF. The relative cost of different restorations in the UK. *Brit Dent J* 1997; 182: 286-289.

Robinson V. Some ethical issues in international collaborative research in developing countries. *Int Dent J* 1998; 48: 552-556.

Van Palenstein Helderma WH, Mikx F, Truin GJ, Hung HT, Luc PH. Workforce requirement for a primary oral health care system. *Int Dent J* 2000; 50: 371-377.

WHO/ORH/J2/748/Jordan/1993/ Hussein and Oweis.

World Health Organisation. Oral health surveys – basic methods. 4th edition. Geneva. 1997.

Yee R, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *Int Dent J* 2002; 52: 1-9.