

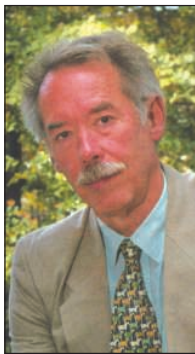


W.H. van Palenstein
Helderman

Mondiale mondgezondheidszorg, prioriteiten en strategieën

Samenvatting van de inaugurele rede uitgesproken door W.H. van Palenstein Helderman bij het aanvaarden 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 het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud van de Katholieke Universiteit Nijmegen op vrijdag 25 april 2003.

PALENSTEIN HELDERMAN WH VAN. Mondiale mondgezondheidszorg, prioriteiten en strategieën. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 294.



Prof. dr. W.H. van Palenstein Helderman

Op een conferentie te Alma-Ata in 1978, georganiseerd door de World Health Organisation (WHO) en UNICEF, vond een belangrijke verschuiving plaats van de opvatting dat gezondheid vooral het resultaat is 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 prioriteit aan de controle en de preventie van de meest voorkomende ziekten en levert tevens eenvoudige curatieve en preventieve zorg aan 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 hulpkrachten en de toepassing van eenvoudige middelen maakt deze vorm van gezondheidszorg bovendien beter betaalbaar. Door de invoering van de PHC-strategie zijn in veel arme landen eenvoudige behandeling en preventief georiënteerde zorg nu bereikbaar voor de bevolking. Daardoor zijn er nu bijvoorbeeld een geringere zuigelingensterfte en een hogere levensverwachting.

Aan de mondgezondheidszorg in arme landen is die verandering voorbijgegaan: in plaats van eenvoudige mondgezondheidszorg met voorlichting en preventie aan de bevolking te leveren via hulpkrachten, bleef de mondgezondheidszorg bij de tandartsen in privé-klinieken en ziekenhuizen in de steden. De verschuiving van de dure curatieve behandeling naar een eenvoudigere en goedkopere zorg met een bevolkingsgerichte, gedragsgeoriënteerde voorlichting en preventie vond niet plaats. De armen in de steden en de plattelandsbevolking bleven daardoor verstoken van zorg. Momenteel heeft meer dan 70% van de wereldbevolking geen toegang tot de meest basale mondgezondheidszorg. De huidige situatie staat in schril contrast tot de Universal Declaration of Human Rights waarin staat dat iedereen recht heeft op levensomstandigheden die gezondheid en welzijn waarborgen, en dat iedereen toegang behoort te hebben tot een basale vorm van (mond)gezondheidszorg.

De eerste verantwoordelijkheid voor een basale gezondheidszorg voor de gehele bevolking ligt bij de nationale overheden. Mondgezondheidszorg mag dan geen grote prioriteit hebben bij overheden, er is zelfs in de armste landen een begroting voor mondgezondheidszorg. De vraag is dan ook hoe het budget voor mondgezondheidszorg kan worden verhoogd en vooral ook hoe de bestaande middelen zo kunnen

worden aangewend dat ook de allerarmsten met hun mondproblemen toegang krijgen tot basale zorg.

De gangbare gedachte is dat allereerst nationale epidemiologische gegevens over de prevalentie en de ernst van mondziekten moeten worden verzameld, voor zinvolle planning van de zorg mogelijk is. Maar de kosten van een op de prevalentie van mondziekten gebaseerde mondgezondheidszorg in arme landen zijn 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. Bepalend is namelijk wat de bevolking wil en wat economisch haalbaar is.

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. Door te inventariseren wat men als mondproblemen ervaart en waarom men er hulp voor zoekt, kan zo'n eerste behoefte worden vastgesteld. 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, hetgeen leidt tot misbruik van antibiotica.

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. De inhoud van dit rapport is uniek omdat er keuzen worden gemaakt omtrent de curatieve en de preventieve onderdelen van de zorg in een samenhangend geheel. Het rapport wil richting geven aan de ontwikkeling, zonder in detail te treden over de uitvoering. Dit is namelijk sterk afhankelijk van de plaatselijke behoeften, de aanwezige middelen en de bestaande infrastructuur van de gezondheidszorg. Het rapport stelt dan ook voor allereerst kleinschalige projecten op te zetten die de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de voorgestelde zorg evalueren onder lokale omstandigheden, alvorens invoering op grote schaal kan plaatsvinden.

Bij de planning en de evaluatie van dergelijke proefprojecten is speciale expertise nodig die niet altijd plaatselijk aanwezig is. WHO Collaborating Centres, zoals die in Nijmegen, en stichtingen, zoals DHIN, kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.