

Doel en ontwikkeling van de Schooltandverzorging*

door F. J. J. Scherphuis.

Wanneer op mij de taak rust om over het doel en de ontwikkeling van de schooltandverzorging te spreken, dan behoef ik zeker niet te wijzen op de noodzaak van een goede tandverzorging op de scholen.

Er zal toch onder U geen twijfel meer bestaan aangaande de stelling, dat men *een sanering van de gebitten van het Nederlandse volk slechts kan bereiken door uit te gaan van de verzorging van het kindergebit.*

Als gevolg van de leerplichtwet zijn het vanzelfsprekend de scholen waar men als tandarts de kinderen van hun 6e tot hun 12e jaar het beste kan bereiken. Hier toch zijn alle kinderen verenigd en zal het mogelijk zijn, dit in afwijking met andere leeftijden, hen allen te bereiken. Een gelukkige omstandigheid hierbij is, dat juist deze levensperiode van het kind voor het blijvende gebit een zó belangrijke is.

Als het kind op de lagere school komt, zijn de eerste blijvende kiezen juist doorgebroken, zodat deze derhalve van de aanvang af gecontroleerd kunnen worden. Zo is het ook met de overige elementen van het blijvende gebit. Zodoende wordt dus het gehele gebit, feitelijk vanaf het moment dat het tevoorschijn komt, gecontroleerd en zo nodig behandeld, terwijl de eerste blijvende kies, het door tandbederf het snelst bedreigde element, in de eerste zes à zeven jaar van haar aanwezigheid — tevens de termijn van de grootste risico's — een ge-regelde contróle meemaakt.

Daarom is de leeftijd, waarop het kind op de lagere school komt,

*) Rede, gehouden in de openbare vergadering van de Ver. voor Sociale Tandheelkunde te Utrecht op 12 Februari 1949.

voor de tandarts het gunstige moment en daarom is deze ook de aangewezen plaats waar de kinderen in groepsverband te bereiken zijn.

In dit verband moge er op worden gewezen hoe veel moeilijker het is alle kleuters te bereiken, ter bevordering van een goede kleuter-tandverzorging. De schooltandverzorging zal dan ook altijd een belangrijke plaats in de sociale tandheelkunde innemen, zij vormt de basis voor de gehele sociale tandheelkunde.

Ten overvloedige wil ik op deze plaats de uitspraak van Prof. Heringa aanhalen; die de twee grondslagen waarop het gebouw der sociale tandheelkunde moet worden opgetrokken, aldus formuleert: De eerste grondslag is ontleend aan de sociale, dit is preventieve geneeskunde, waarvan de sociale tandheelkunde een onderdeel is. Zij houdt in, dat de sociaal-geneeskundige bemoeiing zich richt tot bevolkingsgroepen en haar kracht en aangrijpingspunt ontleent aan binnen deze groepen bestaande overeenstemmende factoren. Het is op grond van deze karakteristiek, dat de sociale tandheelkunde haar intrede in de samenleving deed op de school, waar het eerst de lijders aan tandbederf in groepsverband een doeltreffend object voor haar werk uitmaakten.

De tweede grondslag van de sociale tandheelkunde is gelegen in de voor de tandheelkunde zelf typische, scherpe afscheiding tussen beginnend en voortgeschreden tandbederf en de technische mogelijkheid, de behandeling der beginnende defecten af te grenzen met betrekkelijk eenvoudige handgrepen en zodoende aan de behandeling het kenmerk der voorbehoeding te verlenen.

In deze twee beginselen ligt de kracht, maar tevens ook de beperking der sociale tandheelkunde. Het is van belang zich speciaal ook van deze beperking bewust te blijven. Zij trekt de grens tussen het domein der sociale tandheelkunde en het terrein der prophylaxe.

Er zal dan ook streng voor gewaakt moeten worden dat de schooltandverzorging volgens vaste richtlijnen werkt, zowel rationeel, hygiënisch als economisch. Het mag en kan dus nooit de taak der schooltandverzorging zijn op onze scholen een volledige tandheelkundige behandeling van alle leerlingen tegelijk in te voeren. Men zal dan altijd in conflict komen met de zojuist genoemde tweede grondslag der tandheelkunde, die der prophylaxe.

Beginnend tandbederf moet worden gestuit, slecht ontwikkeld glazuur, hetwelk aanleiding kan geven tot het ontstaan van tandbederf, moet worden uitgeboord en gevuld. Behandeling van tot de pulpa voortgeschreden tandbederf en wortelkanaalbehandelingen behoren niet tot het terrein der schooltandverzorging. Zijn deze behandelingen toch nodig, ondanks het halfjaarlijks onderzoek — sta mij toe dat ik deze kinderen tandheelkundig zieke kinderen noem —

dan geeft de tandarts hiervan kennis aan de ouders, met het advies zich hiervoor met hun tandarts in verbinding te stellen. Vanzelfsprekend is dit voorlopig ook het geval wanneer de tandarts een afwijking ziet in de stand der tanden en kiezen. Acht de schooltandarts regulatie gewenst, zo kan hij dit eveneens aan de ouders van het schoolkind meedelen.

Met ingrijpende behandelingen kan de schooltandarts zich niet belasten. Niet alleen is het tactisch ongewenst om pijnlijke en vaak met bloedingen gepaard gaande ingrepen in het kader der schooltandverzorging te betrekken, maar bovendien vraagt dit te veel tijd. De praktijk der schooltandverzorging heeft dan ook geleerd, dat men zich steeds van de beperkte doelstelling der sociale tandheelkunde bewust moet blijven.

Effectieve bestrijding van het tandbederf in prophylactische zin, betekent onafgebroken waakzaamheid over het gave gebit, door voortdurend te verhinderen dat spijsresten achterblijven.

In dit verband moge ik U wijzen op het werk van Prof. Jessen, de grondlegger der schooltandverzorging. Deze had, gestuwd door zijn vaste overtuiging dat door behandeling van de kindermond het tandbederf kan worden beteugeld, de propaganda daarvoor als zijn levenstaak beschouwd.

De strijd tegen wanbegrip en miskenning heeft hij volgehouden en hij mocht de voldoening smaken dat in 1902 te Straatsburg de eerste gemeentelijke schooltandverzorgingsdienst tot stand kwam. Hij deed zijn uiterste best zijn taak met grote nauwgezetheid te vervullen, doch in het overigens niet genoeg te waarden werk van Jessen zat te weinig systeem. Wegens het ontbreken van een vastomlijnd plan en gebrek aan ervaring omtrent een bepaald doeltreffend systeem, hebben diverse pogingen, welke in meerdere landen, waaronder ook Nederland, werden aangewend, schipbreuk geleden.

Hieronder is te rekenen de methode van tandheelkundige controle op de scholen met advies aan de ouders. Deze methode, welke ook thans nog wordt voorgesteld, is ten enen male ondoeltreffend. In iedere plaats waar getracht is om door advies aan de ouders, deze er toe te brengen hun kinderen te laten behandelen, is deze poging mislukt. Immers het percentage der kinderen, dat als gevolg van het advies van de controlerende tandarts, zich onder behandeling stelt van de eigen tandarts, hetzij particulier of bij het ziekenfonds, is uiterst gering.

Met dit systeem bereikt men nu juist niet *die* kinderen, die het nodig hebben, wier ouders alleen aan de tandarts denken, wanneer het kind hen des nachts uit de slaap houdt omdat het kiespijn heeft. Dit soort kinderen gaat, ondanks intensieve propaganda, niet met het

verwijsbriefje naar de tandarts. De ouders vinden nu eenmaal een verwijsbriefje voor de oor-, neus-, keel-, of oogarts oneindig veel belangrijker dan dat voor de tandarts.

Zo bleek b.v. in Rotterdam, dat van de 314 leerlingen die behandeling nodig hadden, slechts 150 ouders het hun toegezonden formulier ingevuld hadden geretourneerd. Van deze 150 kinderen zijn maar 64 tijdig (d.w.z. binnen een half jaar) ter behandeling verschenen. Onderzocht is waarom de 86 overigen wegbleven. Laksheid speelde hierbij een grote rol, evenals de onmogelijkheid van vele huismoeders om met hun kind naar de tandarts te gaan. In onze huidige samenleving is nu eenmaal de taak van de huisvrouw een zo zware, dat we dit motief zeker niet met een schouderophalen naast ons neer mogen leggen.

Het is verder gebleken, dat het merendeel der kinderen die wél komen, ook zonder controlerend schooltandarts zich halfjaarlijks onder contróle en behandeling van hun tandarts stelden.

Tevens is een ernstig bezwaar tegen dit advies-systeem, dat in de ziekenfonds- en particuliere praktijk zeer weinig of niets terecht komt van de tandheelkundige *opvoeding* der jonge patiëntjes. Want wij zijn het er toch over eens, dat de schooltandverzorging onze jeugd *tandheelkundig* moet opvoeden om de opgroeiende generatie *dental-minded* te maken.

Wanneer men de kinderen een goede home-care van het gebit leert, wanneer men hen de noodzaak van de halfjaarlijkse contróle bijbrengt, kortom wanneer de na ons komende generatie een goede tandheelkundige verzorging weet te waarderen, dan pas zal de tandarts met gesaneerd patiënten-materiaal kunnen werken en zullen de ziekenfondsen in staat zijn hun tandheelkundige verplichtingen tegenover de leden na te komen.

Sta mij toe dat ik hiertoe een der conclusies citeer van het referaat van sectie 9a „De Sociale Wetgeving” van het Internationale Congres der „Fédération Dentaire Internationale”, in 1936 te Wenen gehouden. De referent G. Weinländer zegt „dat doorvoering van systematische behandeling van de verzekerden der ziekenfondsen in de toekomst alleen mogelijk zal zijn, indien kan worden voortgebouwd op een goed georganiseerde schooltandverzorging”.

Wanneer er voorstanders mochten zijn van de adviserende schooltandverzorging, laten zij dan wel bedenken, dat de bezwaren, welke ik noem, niet gebaseerd zijn op hypothesen, maar wel degelijk het resultaat zijn van jarenlange ervaring op dit terrein.

Laat ons goed beseffen, dat schooltandverzorging, georganiseerd volgens de richtlijnen van de Centrale Raad voor Sociale Tandheelkunde, geen experiment meer is, maar een op ervaring berustende

zekerheid. Door aller medewerking kunnen we dan ook, door invoering der schooltandverzorging, een financieel verantwoorde, sociale tandheekunde aan de Nederlandse bevolking aanbieden. Maar dan ook niet meer opnieuw het experiment met de adviserende schooltandarts.

Aan prof. Kantorowicz indertijd te Bonn komt de eer toe het systeem te hebben bedacht, dat opvoedend werkt, waarbij rationeel alle kinderen op het gunstige moment voor contrôle en behandeling worden bereikt en dat niet kostbaar is in zijn toepassing. In Nederland wordt de schooltandverzorging dan ook volgens dit systeem toegepast.

Deze heeft er op gewezen, dat de moderne tandheekunde teveel gericht is op de therapeutische zijde van de praktijk en te weinig op de cariespreventieve, dus prophylactische zijde, wat toch zeker de voornaamste opdracht dezer wetenschap behoort te zijn. Dus geen tijdrovende behandeling van de enkeling, maar alle kinderen doordringen van de grote waarde van een gezond gebit voor hun gehele lichaamsgesteldheid.

Als basis moet gelden: niet het kind naar de tandarts, maar de tandarts naar het kind. Dus dient de schooltandverzorging te geschieden in de school of in een inrichting gelegen in de onmiddellijke nabijheid van het schoolgebouw. Voorts zal het onderzoek en eventuele behandeling der kinderen plaats vinden tijdens de lesuren en niet op de vrije middagen. De schooltandverzorging behoort in de eerste plaats opvoedende waarde te hebben en hoort als zodanig thuis in de school, vormt als het ware een onderdeel daarvan. Voor het kind moeten de bezwaren welke schooltandverzorging hem brengt, zo weinig indrukken achter laten, dat er in het verdere leven geen sprake meer is van angst voor de tandarts.

Wanneer nu dit kind tegelijkertijd de waarde van een verzorgd gebit voor de algemene gezondheid wordt bijgebracht, dan is de doelstelling der schooltandverzorging bereikt, n.l. *een dental-minded bevolking*. Wij mogen, wanneer ons de volksgezondheid inderdaad ter harte gaat, geen mensenkind langer zonder verweer laten tegen het tandbederf, temeer daar de schooltandverzorging ons hiervoor de mogelijkheid biedt. Met behulp van de schooltandverzorging kunnen wij bereiken, dat het gave kindergebit goed verzorgd wordt en daardoor gezond gehouden kan worden. Wij hebben de mogelijkheid om het gebit van ieder kind, zowel rijk als arm, in de stad en op het platteland te beschermen tegen tandbederf en vroegtijdig verlies der elementen en wel:

1e. door ieder kind te leren hoe het de mond heeft schoon te houden,

- 2e. door ieder kind vroegtijdig eraan te wennen, dat het de mond inderdaad schoon houdt,
- 3e. door het voor ieder kind mogelijk te maken, dat het de mond schoon houden kan.

En daarvoor hebben we de lagere school nodig.

Wat de storting van het onderwijs betreft, de tijd welke aan het onderwijs wordt onttrokken is betrekkelijk gering. Gemiddeld vraagt schooltandverzorging niet meer dan 15 minuten per kind per jaar. Het is dan ook geen wonder dat nauwkeurig bijgehouden absentenstatistieken reeds hebben aangetoond, dat het gemiddelde aantal lessen, verzuimd wegens kiespijn en de gevolgen daarvan, op scholen zonder schooltandverzorging groter is dan de tijd welke per kind aan de schooltandverzorging wordt besteed.

Hoe werkt nu het systeem-Kantorowicz?

Zodra het kind in de 1e klasse der lagere school komt, wordt het gebit nagezien en zo er blijvende kiezen zijn welke een defect vertonen, worden deze terstond behandeld. Dit kost slechts weinig tijd.

Aangezien de leerplichtwet er voor zorgt dat niet één kind wordt buitengesloten, is dit dus de aangewezen weg voor het rationeel bereik van alle kinderen in groepsverband. Door hen elk half jaar te controleren gedurende de gehele lagere schoolperiode, wordt elk element op het tandheelkundig meest gunstige moment onderzocht. Dit is dus de weg die ons voert naar een economisch verantwoorde sociale schooltandverzorging.

Ieder kind dat gedurende de schooljaren de tandverzorging op deze wijze heeft ondergaan, verlaat dus met een gesaneerd blijvend gebit de lagere school.

Het valt gemakkelijk te begrijpen, dat aan dit systeem grote paedagogische waarde verbonden is, de kinderen wennen vroegtijdig aan de geregelde halfjaarlijkse controle en verzorging.

De taak van de schooltandarts zal er dan ook een zijn van opvoeding tot juiste begrippen van mond- en tandhygiëne. Naast het verlenen van vakkundige hulp heeft de schooltandarts een paedagogische opdracht te vervullen. Hij zal met zijn goed geïnstrueerde helpster de kinderen moeten vertellen van de juiste manier, waarop de mond dient te worden onderhouden, hij leert hen de home-care van het gebit.

Toch legt dit systeem ons tandartsen strenge beperkingen op, welke al aanstonds blijken bij invoering van zulk een schooltandverzorging. Het moge in een enkel geval mogelijk zijn reeds onmiddellijk bij de eerste klasse der lagere school ook de tweede in controle en eventuele behandeling te betrekken, 't zal echter een hoge uitzondering moeten

blijven en verder dan een tweede klasse zal men nooit mogen gaan.

De behandelingen der leerlingen uit de hogere klassen zijn n.l. al te omvangrijk, te tijdrovend geworden, dus economisch binnen het raam der sociale tandheelkunde niet verantwoord. Het saneren van één zo'n kind uit de 3e of 4e klasse kan al meer tijd vorderen, dan hiervoor nodig is bij 10 of 20 kinderen uit de 1e klasse. Het tandbederf blijkt reeds zover doorgedrongen, dat het onmogelijk is geworden, de behandeling dezer kinderen te beperken tot eenvoudige handgrepen en dan komen we dus, zoals ik reeds zei, in conflict met de tweede grondslag der sociale tandheelkunde.

Dus steeds trapsgewijze invoering, het eerste jaar slechts aanvangende met de 1e klasse, de hogere klassen blijven buiten contrôle en eventuele behandeling, het tweede jaar dan de 1e en 2e klasse, het derde jaar de 1e, 2e en 3e klasse en zo doorgaande tot na 6 jaar de gehele school onder contrôle en eventuele behandeling is.

In de hoogste klasse wordt er op gewezen, hoe gewenst het is om na het verlaten der school, het gebit halfjaarlijks door een tandarts te laten nazien en zo nodig te laten behandelen, opdat het goed onderhouden gebit, waarmee zij de school verlaten, gezond blijft. Ook met de ouders wordt daarover gesproken bij elke gelegenheid welke zich daartoe voordoet.

De tandheelkundige opvoeding der kinderen zal en mag in het kader der schooltandverzorging nooit verwaarloosd worden, zoals dit maar al te vaak het geval is in de particuliere- en ziekenfondspraktijk. Men bedenke steeds dat een niet tandheelkundig opgevoed publiek de oorzaak kan zijn van het instorten van het met zoveel zorg, kosten en moeite opgetrokken gebouw der sociale tandheelkunde.

De tandheelkundige opvoeding van het schoolkind moet ons volk *dental-minded* maken.

Hoe is nu de gang van zaken bij de schooltandverzorging?

In elke school dient gelegenheid te zijn voor de behandeling, meestal zal hiervoor wel een vertrek kunnen dienen. Er moet echter een waterleiding-aansluiting en een stopcontact zijn. Hier zal dan onderzoek en behandeling plaats vinden.

Soms behandelt men de kinderen van enige scholen ook wel in een behandelkamer, welke ten opzichte van deze scholen centraal gelegen is. Een belangrijk nadeel hierbij is echter, dat deze wijze van werken de kinderen een betrekkelijk lange tijd aan het onderwijs onttrekt en dat zij vaak gaan wandelen in plaats van zich te vervoegen bij de tandarts. Er moet immers steeds voor gezorgd worden dat de schooltandverzorging de gang van het onderwijs zo min mogelijk stoort.

Bij het gebruik van dergelijke behandelingscentra worden dan ook

eerst alle leerlingen in de klassen onderzocht, waarna dus alleen zij, die behandeling nodig hebben, daar behoeven te verschijnen.

Voor de behandeling in de school is een verplaatsbare installatie noodzakelijk. Deze is zeer eenvoudig vervoerbaar en met een minimum aan tijdverlies op te stellen. Het transport kan geschieden in een gewone personenauto.

Het geheel is Nederlands fabrikaat.

Volledigheidshalve moet ik nog noemen de zgn. dental-car, een auto waarin een complete installatie is opgesteld, welke van school tot school rijdt.

Hoewel deze dental-car veel aantrekkelijks heeft, speciaal voor het platteland, geloof ik, dat door de belangrijk hogere aanschaffings- en onderhoudskosten, de verplaatsbare installatie voor ons land de meest geëigende is.

De behandeling geschiedt door een tandarts, bijgestaan door een helpster. Deze zorgt voor het steriliseren der instrumenten en het prepareren van het vulmateriaal. Zij houdt het kaartsysteem bij, begeleidt de leerlingen van de klasse naar de behandelkamer en onderhoudt de installatie en het instrumentarium. Na afloop der werkzaamheden moet zij de behandelkamer in ordelijke staat achterlaten. Een onverzorgde behandelkamer kan nooit een goede propaganda zijn voor de schooltandverzorging.

Ook kan aan de helpster, in het belang der schooltandverzorging, het huisbezoek bij de ouders der leerlingen worden opgedragen.

Wanneer de tandarts het paedagogische deel van zijn taak overdraagt aan de helpster, vanzelfsprekend na gebleken geschiktheid, ligt er nog een ruim arbeidsveld voor haar open.

Aangezien echter de afbakening van de taak der helpster momenteel nog in studie is, zal op dit punt niet nader worden ingegaan.

Een schooltandarts met helpster kan in een stad maximaal 4500 kinderen behandelen. De benodigde werktijd hiervoor bedraagt 6 ochtenden per week en $2\frac{1}{2}$ uur per ochtend; zo mogelijk echter zij het aantal werkochtenden niet meer dan 3 per week per tandarts.

Mag ik nu een ogenblik Uw aandacht vragen voor de tandarts? Dat zijn de mensen op wier schouders de mooie maar ook zo moeilijke taak der schooltandverzorging zal komen te rusten. De tandarts moet niet alleen belangstellen in kinderen, hij moeten er mede om kunnen gaan. Hij moet geduldig zijn, maar op het juiste ogenblik ook doortastend weten op te treden. Lang niet iedereen, hij kan nog zo'n goede tandarts zijn, is hiertoe geschikt. De kinderen moeten in hem naast de dokter, ook een vriend kunnen zien, die met een paar grapjes de angst voor de instrumenten naar de achtergrond dringt.

Beschikt men over de goede eigenschappen, dan zal men met de

kinderen maar weinig last hebben. Men ziet zelfs dat kinderen, die in de particuliere praktijk dikwijls met de grootste moeite behandeld kunnen worden — niet zelden door de aanwezigheid van een bezorgde moeder — zich door de schooltandarts gedwee laten helpen. Het niet minder flink willen zijn dan de klasgenoten draagt hier ongetwijfeld in belangrijke mate toe bij.

En toch menen wij, dat hiertoe nodig zijn tandartsen, die middenin de praktijk der tandheelkunde staan. Dus *geen* specialisme. Hoe mooi het werk ook is, het is te eenzijdig en veel en veel te vermoeiend om er een „full time job” van te maken. Het gevaar van afstomping met alle gevolgen van dien is hier zeker niet denkbeeldig.

Dat ook onze tandheelkundige opleiding doordrongen is van het grote belang van dit onderdeel der sociale tandheelkunde moge blijken uit een onderhoud, dat Prof. Buisman, directeur van het Tandheelkundig Instituut, toestond aan een journalist van de Nieuwe Rotterdamse Courant. Deze docent zei o.a.: „dat ook de schooltandverzorging, welke binnen afzienbare tijd veel uitgebreider toepassing zal vinden, binnen de aandachtssfeer van het onderwijs moet vallen. De tandarts van thans is genoodzaakt om naast versnelling van zijn arbeidstempo zich te richten op een stelsel van rationele, systematische en daardoor tijd en energie besparende behandelingsmethoden, teneinde het sociale rendement van zijn werkzaamheid zo gunstig mogelijk te maken. Hieromtrent bestaan officieel aanvaarde richtlijnen. Het is de taak van het onderwijs om — naast ontwikkeling van het wetenschappelijk inzicht van de studenten en een daarop gebaseerde therapeutische toepassing — een brug te slaan naar de praktische voorziening in de sociaal-tandheelkundige behoeften der gemeenschap. De prophylactische tandheelkunde, gebaseerd op het principe, dat voorkomen vooral eenvoudiger en sneller is dan genezen, neemt daarbij uiteraard een steeds belangrijker plaats in.”

Doch ondanks alle moeilijkheden bij de uitvoering van zijn taak zal de tandarts in staat zijn de Nederlandse jeugd op 12-jarige leeftijd gesaneerd af te leveren.

Aangezien er streng voor gewaakt moet worden dat de schooltandarts werkt volgens vaste richtlijnen, zowel rationeel, hygiënisch en economisch zal een landelijke inspectie onvermijdelijk zijn. Immers zoals ik reeds zei, kan en mag het nooit de taak der schooltandverzorging zijn op onze scholen een volledige tandheelkundige behandeling der leerlingen in te voeren. De behandeling zal steeds beperkt moeten blijven tot beginnend tandbederf, want — men sta mij toe dat ik dit nogmaals herhaal — alleen dan is het mogelijk de beginnende defecten met betrekkelijk eenvoudige handgrepen af te grenzen

en zodoende aan de behandeling het karakter der voorbehoeding te geven.

2
1
Tevens zal men nooit uit het oog mogen verliezen dat door het dag in, dag uit herhalen van dezelfde manipulaties, de mogelijkheid bestaat dat bij schooltandartsen het werken tot oppervlakkigheid leidt. Een mogelijkheid welke zeker niet uitgesloten is bij een dergelijk ver doorgevoerd, systematisch werken.

Het zal dus noodzakelijk zijn inspecterende tandartsen te benoemen. Ik zal hier echter niet verder op in gaan, mijn bedoeling was slechts een indruk te geven van de opvatting, dat de inspectie een onmisbaar onderdeel vormt van een goed georganiseerde schooltandverzorging.

Ik kan me voorstellen dat er een vraag rijst en wel deze: is een dergelijke zorg voor de monden van de opgroeiende generatie verantwoord? Is hier werkelijk sprake van zo'n slechte toestand der gebitten? Inderdaad, statistieken hebben aangetoond dat 96 % onzer bevolking lijdende is aan tandbederf en de gevolgen daarvan.

Men sta mij toe hier een ogenblik nader op in te gaan door een greep te doen uit de vele onderzoeken welke op dit gebied in ons land hebben plaatsgevonden.

In 1916 werd door de toenmalige Haagse Tandartsen Vereniging naar aanleiding van een uitgebreid onderzoek op de Haagse scholen, een brochure uitgegeven, getiteld: „De strijd tegen het tandbederf en de schooltandverzorging”. Dit onderzoek geschiedde bij 20.000 schoolkinderen en had tot resultaat, dat er onder elke 100 kinderen van 13 jaar reeds 70 werden aangetroffen met tandbederf in het blijvende gebit. Latere onderzoeken in 1939 bij 6500 kinderen te 's-Hertogenbosch geven hiervoor in de 6e klasse der Lagere School zelfs een cijfer van 80 % aan.

Een gehouden enquête van „Tavona” heeft uitgewezen, dat van de patiënten der fondssprekuren van een aantal Amsterdamse artsen, een vierde in aanmerking diende te komen voor een volledig kunstgebit. Van alle 20-jarige vrouwen in Amsterdam heeft slechts 3 % een volledig gaaf gebit, 10 % van de 20-jarige mannen, 31 % van de 26-jarige mannen en 52 % van de 40-jarige mannen missen meer dan 10 van de 32 gebitselementen.

Van de 1e kiezen is op het 6e jaar, dus eigenlijk onmiddellijk na de doorbraak reeds 1 % ziek, op het 7e jaar 10 %, op het 8e jaar 30 %. Bij 43 kinderen van de 1e en 2e klasse van een school in Amsterdam moesten bij het eerste onderzoek reeds 110 vullingen worden gelegd.

Ernstig is ook de waarschuwing welke spreekt uit de militaire tandheelkundige prothese-dienst. In 1939 en 1940 werden gedurende de 9 mobilisatiemaanden aan niet minder dan 7000 van de 350.000

dienstplichtigen een — meestal volledige — prothese toegewezen. De toewijzing vond slechts dan plaats indien nog maar een minimale kauwfunctie aanwezig was.

Men bedenke hierbij, dat van deze 350.000 mensen, die de leeftijd van 40 jaar nog niet hadden bereikt, een niet te onderschatten aantal reeds in het bezit van een volledige prothese was en dat bovendien door de korte duur van de mobilisatie nog lang niet allen, die volgens het gestelde criterium voor een volledige prothese in aanmerking zouden komen, zich hadden gemeld, zodat het aantal van 7.000 ongetwijfeld met enige duizenden dient te worden verhoogd.

Op dit moment blijkt 1 tandarts nodig te zijn op 600 militairen om de gebitten van deze mannen te saneren, hetgeen dus wil zeggen dat op 20-jarige leeftijd reeds sprake is van een zeer slechte toestand van het gebit.

De betekenis van dit gebitsverval voor de gezondheid is moeilijk in cijfers uit te drukken. Dat uit de rottingsprocessen in de mond niet zelden directe schade voor het gehele lichaam kan voortvloeien, staat vast. Zeker ook, dat het ontbreken van kauwvermogen en de daaruit voortvloeiende bemoeilijking van de spijsvertering op het verloop van bepaalde ziekten, een nadelige invloed kan hebben.

Behalve lichamelijke bezwaren en gevaren leidt het tandbederf tot psychische en maatschappelijke gevolgen door ontsiering van het uiterlijk. De betekenis van het tandbederf als maatschappelijk euvel door beroepsbenadeling is eveneens veel ernstiger dan men zich gewoonlijk realiseert.

Dat hier in Nederland dus sprake is van een manco op sociaal-hygiënisch en geneeskundig gebied, moge blijken uit wat het buitenland reeds heeft bereikt.

Finland bezit in 35 van de 37 steden schooltandverzorging. In 137 dorpen en industrie centra zijn ongeveer 200 tandartsen werkzaam bij deze sociale tak van dienst.

In Denemarken genieten 60—65 % der gehele lagere schoolbevolking schooltandverzorging.

In Zwitserland is, wat het onderzoek betreft, schooltandverzorging verplicht voor alle schoolkinderen, de eventuele behandeling is vrijwillig.

In Nieuw-Zeeland is tandverzorging voor de kleuters en de lagere schoolkinderen ingevoerd en wordt de verzorging zelfs doorgezet tot 16-jarige leeftijd.

In Nederland werkt de schooltandverzorgingsdienst in slechts ongeveer 20 gemeenten.

Inderdaad, Nederland heeft op dit gebied een achterstand in te halen, want men vergete niet dat er in de toekomst meerdere moge-

lijkheden van preventie op tandheelkundig gebied zullen komen. Ik denk hierbij speciaal aan de toepassing van fluoriden. In New-York wordt o.a. reeds bij 50.000 kinderen deze behandeling toegepast.

Alleen bij een goed georganiseerde schooltandverzorging is een toepassing van dergelijke behandelingen mogelijk. Men bedenke ook dat de statistische gegevens van de schooltandverzorging, de basis moeten vormen waarop de tandheelkundige wetenschap voort moet bouwen.

Het is daarom dat ik aller medewerking inroep opdat men met ons Nederland weer brengt in de rij der volkeren welke op het gebied der sociale tandheelkunde een vooraanstaande plaats innemen.

Laten wij de liefde voor het kind niet beperken tot woorden alleen, maar laten wij het voor zijn verdere leven ook een gezond gebit meegeven. En daartoe verzoek ik: neemt U met onze medewerking het initiatief, de tandarts zorgt voor de uitvoering en op school zullen de kinderen de zegeningen ondervinden.