

## SOCIALE TANDHEELKUNDE

## HULPKRACHTEN EN CIJFERS

De strijd door de tandartsen in alle beschaafde landen gedurende de laatste vijftig jaren gevoerd voor de erkenning van goede mondverzorging als belangrijk onderdeel van de volksgezondheid mag thans als gewonnen worden beschouwd.

Er is niemand meer in verantwoordelijke posities, die niet door-drongen is van het feit dat in het programma der geneeskundige volksverzorging ook voor de tandheelkunde een belangrijke plaats dient te worden ingeruimd. Sterker nog, in sommige landen is men plotseling van het ene uiterste in het andere gevallen en heeft men maatregelen getroffen, of wil deze treffen, die aan de massa een hulp beloven, die niet te geven en niet te betalen is.

Engeland heeft sinds Juli 1948 aan een ieder het recht toegekend op volledige medische hulp, hetgeen voor de tandheelkunde betekent, dat die hulp van sociaal standpunt bezien, volkomen gedes-organiseerd is en aan de Schatkist enorme sommen kost; in Amerika is een wetsvoorstel aanhangig, dat niet zo heel veel van het Engelse verschilt.

Ook in Nederland hebben wij iets dergelijks meegemaakt; door de invoering van het Ziekenfondsbesluit in 1941 is van de ene dag op de andere aan alle Ziekenfondsleden volledige tandheelkundige hulp toegezegd.

Dat dit niet onmiddellijk een volledige *débaclé* is geworden, is alleen te danken aan de omstandigheid, dat slechts een betrekkelijk klein percentage der betrokkenen van deze hulp gebruik maakt; ware dit niet het geval, dan zou *en* de hulp niet gegeven kunnen worden *en* het geld ervoor zou niet beschikbaar zijn. En zelfs ondanks de bescheiden vraag naar hulp, is door de meerdere propaganda het percentage der hulpzoekenden zóó stijgende, dat *en* de wachtlijsten steeds groter worden *en* de benodigde bedragen vormen gaan aannemen, die men met te meer ongerustheid ziet groeien,

naarmate het besef duidelijker wordt, dat dit van jaar tot jaar erger zal worden.

Hoe beter dus de hulp wordt, hoe intenser de propaganda, des te meer raakt men in moeilijkheden van een tekort aan tandartsen en van de benodigde geldmiddelen. Er is hier derhalve een probleem, zó belangrijk en zó urgent, dat men allerwege inziet dat er op korte termijn „iets gedaan moet worden”!

Vandaar dan ook dat volgens goed Nederlands gebruik er ... Commissies worden benoemd om het vraagstuk in studie te nemen.

Deze Commissies zullen onder meer de volgende vragen onder de ogen moeten zien:

1. Is er een tekort aan tandartsen?
2. Zo ja, hoeveel zijn er dan eigenlijk nodig?
3. Wat gaat de mondverzorging sociaal kosten wanneer werkelijk vrijwel een ieder, daartoe gerechtigd, er gebruik van zou maken?
4. Is het bedrag, dat met deze verzorging gemoeid is, gunstig te beïnvloeden door een gedeelte van het werk op te dragen aan goedkopere hulpkrachten?
5. Is men er zeker van, dat wanneer hier het mogelijke zou worden gedaan, men dan ook het probleem van het tandbederf zal hebben opgelost?

1. Het tekort aan tandartsen.

Deze vraag is zonder meer niet te beantwoorden. Men kan vaststellen, dat in Nederland het aantal tandartsen ( $\pm$  1700) veel en veel geringer is dan dat in de omliggende landen en dat men dus veilig kan aannemen, dat gezien de steeds stijgende vraag er stellig nog een belangrijk aantal bij kan.

Maar deze eventuele vermeerdering zal het sociale probleem niet oplossen, want in de nabuurlanden, met verhoudingsgewijs tweemaal het aantal en in Amerika met driemaal zoveel, kampt men met een zelfde tekort. De Militair Tandheelkundige dienst meent 1 tandarts op 500 man nodig te hebben om gezonde mensen van  $\pm$  20—30 jaar tandheelkundig „fit” te maken en te houden. Volgens deze maatstaf zou men voor de sanering van het Nederlandse volk straks twintigduizend tandartsen nodig hebben! Is er iemand, die gelooft dat ook maar  $\frac{1}{4}$  van dit aantal droog brood zou verdienen? Men zal daarom de zaak moeten omdraaien en eerst aard en omvang van de hulp moeten bezien, om daarna te bepalen hoeveel mensen men daarvoor nodig heeft, waarmede ook vraag 2 beantwoord is.

3. Wat zullen de kosten bedragen als een ieder van deze hulp gebruik zou maken?

Gezien het boven aangehaalde feit, dat de Militaire Dienst 1 tandarts op 500 man nodig acht, is het redelijk te veronderstellen, dat waar dit geldt voor gezonde, jonge mensen, het verwaarloosde gebit der ouderen een aanzienlijk hoger percentage zou vorderen. Men blijft dus zeker aan de veilige kant, wanneer men dit aantal aanhoudt. Dit zou betekenen  $\pm$  20.000 tandartsen en wanneer men de bruto kosten van de hulp van deze mensen met volbezette werktijd (met inbegrip dus van kosten van woning, installatie, materiaal, assistentie, techniekkosten etc.) op *f* 20.000 taxeert, is men zeker niet te hoog. Men komt dan aan het knusse bedrag van 400 miljoen gulden!

Waar dit het twintigvoudige is van het geld, dat thans voor dit doel wordt gebruikt, kan men dus zonder meer zeggen, dat geen sterveling hier ook maar over peinzen kan!

4. Kan dit bedrag beduidend worden verminderd door het inschakelen van hulpkrachten?

Het is zonder meer duidelijk, in verband met het bovenstaande, dat deze maatregel geen enkel effect zou sorteren. De luttele millioenen, die op deze wijze zouden kunnen worden bespaard, spelen op het totaal bedrag geen enkele rol.

5. Met 400 miljoen gulden per jaar en het fantastische aantal van 20.000 tandartsen zou men het probleem van het tandbederf ongetwijfeld oplossen, maar aangezien men voorlopig al heel tevreden zou zijn, wanneer men in afzienbare tijd de beschikking zou hebben over twee duizend, is dit derhalve een volslagen utopie.

Wij hopen met het bovenstaande te hebben aangetoond, dat op deze wijze geen oplossing mogelijk is, dat men in een geheel andere richting zal moeten zoeken en dat derhalve het door de Duitsers ingevoerde Ziekenfondsbesluit van 1941 niets anders is dan „Vorspiegelung falscher Tatsachen” en dat aan deze volksmisleiding dus zo snel mogelijk een einde moet komen.

Men kan onmogelijk de verwaarloosde monden van de massa door middel van conserverende tandheelkunde weer gezond maken en hoe eerder en hoe meer men daar eindelijk eerlijk voor uitkomt, des te beter zal het zijn voor de toekomst.

Wat men wèl kan, is door tijdig ingrijpen de verwaarlozing v o o r k o m e n en zodoende zonder al te grote kosten *in de toekomst* een volk krijgen met gezonde monden!

Dit betekent, dat alleen wanneer men bij het *kind* begint en dan door geregelde contrôle het gebit gesaneerd houdt, het sociaal mogelijk is het tandbederf de baas te blijven.

Dit betekent ook, dat — met de thans beschikbare mogelijkheden — alle aandacht dus op het *kind* geconcentreerd zal moeten worden en de overigen — in sociaal verband — slechts op elementaire hulp zullen kunnen rekenen.

Dit brengt voor de ouderen zonder enige twijfel een *offer* mede, doch een offer, dat gebracht zal moeten worden ter wille van de kinderen en ter wille van een logische toekomst.

Maar ook wanneer men op deze wijze het probleem aanvat bij het begin, ook dan zal men zich tijdig rekenschap dienen te geven van wat men wil. Organisatorisch is het kind gemakkelijk te bereiden op de school, waar het met zekerheid althans van 6—12 jaar te vinden is, dat wil zeggen, juist in de tijd, dat het blijvende gebit gevormd wordt. Alles wat men vóór die tijd kan doen bij de kleuter is winst en na het 12e jaar kan de gesaneerde mond door halfjaarlijkse contrôle gemakkelijk op peil worden gehouden. Men kan echter die „nazorg” niet dwingend voorschrijven; wél echter kan en moet men bepalen, dat wie er niet aan meedoet, zijn recht op kosteloze verdere behandeling verspeelt en daarmee is het systeem logisch en sociaal verantwoord.

Er blijft nu over de vraag, of men op een bepaalde leeftijd — 18 jaar of 21 — hiermede wil ophouden dan wel wil doorgaan van „the cradle to the grave”?

Er zijn landen, Nieuw Zeeland bijvoorbeeld — waar men van mening is, dat de Staat zijn plicht volbracht heeft wanneer het de behandeling op 18-jarige leeftijd staakt; vermoedelijk onder het motto, dat in dit gebenedijde land daarna een ieder op die leeftijd voldoende in staat is voor zichzelf te zorgen, nadat het nut en de noodzaak van een gezond gebit hem al die jaren is bijgebracht.

In Europa ligt dit helaas anders en is er buitendien op dit gebied een traditie, die — al was het slechts op politieke gronden — heel moeilijk te verbreken zou zijn. De vraag is alleen of men op een bepaalde leeftijd niet een zeker klein bedrag zou kunnen laten betalen, die zowel de financiële lasten zou verlichten als om psychologische redenen de belangstelling zou verhogen, omdat op latere leeftijd de dingen, die men voor niets krijgt, zeer zelden op hun juiste waarde worden geschat.

De hier aangegeven methode heeft allermint de pretentie iets nieuws te bevatten. Integendeel, zij is in tandheelkundige deskundige kringen, nationaal en internationaal, communis opinio. De moeilijkheid is ook niet om geïnteresseerde outsiders van de juistheid te overtuigen, wel echter om hen de moed bij te brengen dit in het openbaar te willen verdedigen. En toch zal dit de enige mogelijkheid zijn om de slag om goede mondverzorging te winnen en

kan nooit genoeg worden herhaald, dat alleen en uitsluitend *School-tandheelkunde en voortgezette contrôle* ons uit het moeras zal kunnen helpen.

De kosten zijn hier namelijk te bekijken en te betalen, voor het oogenblik worden deze in ons land geschat op *f* 2,— à *f* 2,50 per schoolkind, terwijl op latere leeftijd met het oog op grotere Caries-frequentie deze kosten iets hoger zullen zijn.

Gegeven verder de omstandigheid, dat deze hulp slechts geleidelijk kan worden ingevoerd, beginnende bij de eerste klassen der lagere scholen, zal en de hulp gegeven kunnen worden en betaalbaar zijn.

Rest de vraag of de kosten in de toekomst gedrukt kunnen worden door het opleiden van „hulpkrachten”, goedkoper dan de tandarts, die een niet onaanzienlijk deel van zijn taak kunnen overnemen?

Dit zou, naast een meer economische werkwijze, het voordeel hebben van een snellere uitbreiding van de noodzakelijke hulp en van de zekerheid, dat niet te eniger tijd voor een tekort zou moeten worden gevreesd.

Zonder enige twijfel kan en moet deze vraag bevestigend worden beantwoord. Wanneer schooltandheelkunde en nazorg algemeen zou worden ingevoerd, is het duidelijk, dat deze dan ook organisatorisch perfect in orde moet zijn om het grootst mogelijke effect te kunnen sorteren en vast staat, dat tot nu toe in de meeste gevallen door de tandarts veel tijd wordt besteed aan zaken die evengoed en soms beter, door anderen kunnen worden verricht.

De tandarts zal de hulp moeten verkrijgen, die de verpleegster de arts verschaft en even ondenkbaar als een ziekenhuissysteem is waar alleen artsen en geen verpleegsters werkzaam zouden zijn, even ondenkbaar zal in de toekomst sociale tandheelkunde wezen zonder de hulp van „mondverpleegsters” of hoe men deze meisjes zal willen gaan noemen.

Over de wijze waarop deze hulpkrachten moeten worden opgeleid heerst in deskundige kringen nog veelal verschil van mening, vooral ook internationaal, doch dit meningsverschil is heel vaak veroorzaakt doordat men veelal van een volkomen verschillend standpunt uitgaat.

In de eerste plaats was er, vooral in de beginne, verzet in tandheelkundige kringen tegen het instituut als zodanig, omdat men vreesde dat dit op den duur aanleiding zou geven tot een nieuw soort „onbevoegden”, die zouden trachten op illegale wijze te werken, tot schade van de patiënt en voor het aanzien en vertrouwen in het tandheelkundig beroep; een alleszins begrijpelijke vrees

overigens, gezien de ervaring met de wijze waarop de Wet ten opzichte van onbevoegden wordt gehandhaafd.

Intussen is echter wel gebleken, dat in de landen waar deze meisjes al sinds meer dan een kwart eeuw werken, met name in de Verenigde Staten, voor deze vrees evenmin reden is als dat de verpleegster er over denkt haar boekje te buiten te gaan en zo zijn dan ook in de loop van de tijd vrijwel alle Staten van Noord-Amerika overgegaan tot het opleiden van „Dental Hygienists”, die zorgen voor perfecte gebitsreiniging, voor het maken van een Status praesens, van Röntgenfoto's, de verzorging van het instrumentarium, van kaartsysteem en administratie en vooral ook voor een met grote animo gevoerde propaganda voor goede mondverzorging.

Wie deze meisjes van nabij aan het werk heeft gezien, kan begrijpen dat geen tandarts, die deze hulp heeft leren kennen, er nog afstand van zou willen doen.

Anders ligt het met het z.g. „Nieuw Zeelandse Systeem”. Daar heeft men een school opgericht tot opleiding van „Dental Nurses”, die na twee jaar de bevoegdheid krijgen om — onder supervisie van de tandarts — zelfstandig de tandheelkunde op de scholen uit te oefenen. Zij mogen vullen, extraheren, tandsteen verwijderen enz., hebben echter *uitsluitend* het recht op de scholen te werken en mogen geen patiënt ouder dan twaalf jaar behandelen.

Dit systeem heeft alleen dan zin, wanneer de Staat — als in Nieuw Zeeland — met de tandheelkundige zorg op 18-jarige leeftijd ophoudt, zodat dan verder allen hulp moeten zoeken in de particuliere praktijk.

Maar ook afgescheiden daarvan, zou deze opleiding in Europa uitgesloten zijn door de zeer hoge kosten daaraan verbonden, waardoor het bedrag, dat per kind moet worden uitgetrokken, £ 1,—4 bedraagt, dat is dus *v i j f m a a l* zoveel als hier te lande! Een der voornaamste oorzaken der hoge kosten is gelegen in het feit, dat bij deze schoolkinderen niet het z.g. *Systeem Kantorowicz* wordt gevolgd, maar het melkgebit wordt gesaneerd, waardoor het aantal kinderen dat één Dental Nurse kan behandelen ongeveer het tiende is van wat hier te lande als norm geldt!

De salarissen liggen zeker niet hoger dan in Nederland, zodat de levensstandaard niet de reden is van dit voor ons land onaanvaardbare financiële verschil.

Met minder dan een vijfde van het aantal inwoners, bedragen de kosten voor de Schooltandheelkunde daar twee en een half miljoen gulden, hetgeen voor ons land een som van meer dan 12 ½ miljoen zou betekenen, vrijwel het gehele bedrag dat in 1948 voor de fondstandheelkunde in Nederland beschikbaar was.

Afgescheiden nog hiervan en van de bijna 4000 meisjes, die nodig zouden zijn (Nieuw Zeeland heeft er 750, leidt er ieder jaar 100 op en dit is nog te weinig), zou dit alles de tandartsen nog niet aan enige bruikbare hulp helpen in hun taak nà het 12e jaar!

Wil de nazorg economisch verantwoord zijn, dan zullen ongetwijfeld ook dààr geschoolde hulpkrachten niet mogen ontbreken en gezien de Amerikaanse ervaring zal de „Dental Hygienist” ongetwijfeld een verre te prefereren kracht zijn, die op heel wat eenvoudiger en dus goedkopere wijze kan worden opgeleid, waardoor tevens de eisen aan de vooropleiding der sollicitanten te stellen, niet zó hoog behoeven te worden opgevoerd.

R e s u m e r e n d e kan dus gezegd worden dat:

1. Volledige tandheelkundige hulp voor de Ziekenfondsverzekerden, zoals die tot heden wordt beloofd, onuitvoerbaar is, niet gegeven wórdt en niet te geven is.
2. Om te komen tot de zo noodzakelijke sanering van de monden van het Nederlandse volk, alleen de weg van de Schooltandheekunde en de Nazorg uitkomst kan brengen.
3. Ongetwijfeld goed opgeleide hulpkrachten de uitvoering van dit plan meer economisch en meer efficiënt zouden maken.

CH. F. L. NORD