

# DE SOCIAAL-TANDHEELKUNDIGE VERZORGING VAN DE JEUGD

door O. BACKER DIRKS

## *Inleiding*

Het zal bij niemand aan twijfel onderhevig zijn, dat de tandheelkundige verzorging van de jeugd en van de kleuter wel zeer in het bijzonder, in Nederland op ernstige wijze te kort schiet. Hoe deze situatie historisch gegroeid is, werd reeds vele malen beschreven, zonder dat de bestudering hiervan een oplossing aanwees. Het lijkt daarom zinvol de huidige stand van zaken als gegeven te accepteren en de mogelijkheden te overzien die voor verbetering ter beschikking staan of kunnen komen te staan.

De verantwoordelijkheid voor het aanwijzen van de wegen, die tot verbetering kunnen leiden, komt in de eerste plaats toe aan de tandheelkundige professie. Niet alleen de bestuurders maar iedere tandarts draagt hiervoor mede de verantwoordelijkheid.

Dat de verzorging van de kleuter daarbij voorrang verdient heeft verschillende redenen.

In de eerste plaats dient logischerwijze de gebitsverzorging bij de kleuter aan te vangen. De veel geuite mening, dat melkkiezen later toch door blijvende elementen worden vervangen en derhalve geen conservering zouden behoeven, is vanzelfsprekend een misleidend argument. Het melkgebit vervult tot het achtste à negende jaar een uiterst belangrijke rol bij de spijsvertering, die niet gemist kan worden. Vroegtijdig verlies van melkelementen kan bovendien orthodontische afwijkingen in het blijvende gebit tengevolge hebben. De geïnfecteerde pulpae (bij 7-jarigen 1 à 1½ per kind) vormen voorts een latente bedreiging van de gezondheid van het kind.

De fluoridering van het leidingwater zal weliswaar ook het melkgebit ten goede komen, maar deze bescherming blijkt tot nu toe geringer dan voor het blijvende gebit. De preventie en de vroegtijdige behandeling van dento-maxillaire afwijkingen is slechts mogelijk, indien de kleuter in een vroeg stadium door de tandarts onderzocht en zo nodig conserveerend behandeld wordt. Voorts blijkt dat een gedeelte van de blijvende eerste molaren al vóór de schoolplichtige leeftijd behandeling nodig heeft ( $\pm 20\%$ ).

Er zal in het verdere betoog geenszins de *énig juiste* oplossing aan de hand worden gedaan, het is slechts de bedoeling los van (te veel) vooroordelen, als niet praktisch werkzaam tandarts, de onmogelijkheden en mogelijkheden te overzien, om aldus een bijdrage te leveren tot de oplossing van dit brandende vraagstuk.

Teneinde de mogelijkheden van de tandheelkundige verzorging te kunnen overzien en beoordelen, dient men de beschikking te hebben over getallen. Aantallen personen, aantallen tandartsen, de tandheelkundige behoefte enz. Het is goed zich van te voren te realiseren dat elke rekenkundige benadering gevaren inhoudt. Met niets kan men meer onverantwoord mensen misleiden dan met getallen. Anderzijds is het vanzelfsprekend misplaatst deze getallen niet te gebruiken, wanneer zij het enige houvast betekenen.

Bij onze berekeningen willen wij ervan uitgaan dat het over 20 jaar (dus in 1980) mogelijk moet zijn in de objectieve tandheelkundige behoefte van de jeugd te voorzien.

*De verdeling van de bevolking over de leeftijdsgroepen*

In tabel I worden de aantallen personen gegeven in de verschillende leeftijdsklassen voor 1960 en 1980. De getallen van 1960 zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor Statistiek, die voor 1980 zijn schattingen. Van deze groepen personen interesseren ons vooral de 2½-12 jarigen. Van deze kinderen (2,5 miljoen) bezocht 74% in 1960 een school.

TABEL I

Aantal kinderen in 1960 en 1980 (geschat)				
leeftijd	plaats waar in groepsverband te bereiken	% v. d. bevolking	1960	1980
0-2½	consultatiebureau	6.2	800.000	
2½-4	kleuterconsult.bur.	2.8	300.000	} 1.000.000
4-6½	kleuterschoolleeftijd*)	6.6	700.000	
6½-12	lagere school	13.5	1.500.000	
13-20	vervolgsscholen	9.7	1.100.000	
> 20	-	62.1	6.900.000	
totaal		100	11.300.000	13.800.000

\*) 53% bezoekt een kleuterschool.

### *Aantal tandartsen*

In Nederland zijn momenteel  $\pm$  2680 tandartsen, waarvan er  $\pm$  350 niet de praktijk der tandheekkunde beoefenen (rustend, ambtelijk, resp. onderwijsfunctie). Er resteren dus ongeveer 2350 tandartsen voor 11,3 miljoen personen of 1 tandarts op 4680 personen.

Hoewel vanzelfsprekend elke vergelijking met het buitenland slechts betrekkelijke waarde heeft, ontkomt men er toch niet aan, indien men zich een indruk wil vormen van onze eigen tandartsenbezetting.

Tabel II geeft voor enkele landen een benadering van het gemiddelde aantal personen per tandarts.

TABEL II

Scandinavische landen (Noorwegen en Zweden)	1 : 1500
Zwitserland	1 : 2000
West-Duitsland	1 : 1600
Engeland	1 : 3300
Bulgarije	1 : 3000
Philippijnen	1 : 3800
Nederland	1 : 4680

Men mag deze verhoudingsgetallen zeker niet zonder meer met de Nederlandse vergelijken; onder andere reeds niet omdat bij de meeste geen rekening is gehouden met het aantal niet-praktiserende tandartsen. Evenmin kent men de tandheekkundige behoefte van deze landen. Echter ondanks de genoemde onbekende factoren leert deze tabel dat ons land, wat tandartsendichtheid betreft, ver achter staat bij de meeste West-Europese landen en zelfs bij enkele landen wier economisch peil beduidend lager ligt dan het Nederlandse. Op grond van deze getallen zou men geneigd zijn de conclusie te trekken dat Nederland in tandheekkundig opzicht een sterk onderontwikkeld land is.

### *De tandheekkundige behoefte*

Eerst sinds enkele jaren wint de overtuiging algemeen veld dat er een tekort aan tandheekkundige hulp bestaat. Dat dit besef zo laat is doorgedrongen, heeft verschillende oorzaken.

Men is pas geneigd van een tekort te spreken indien de vraag duidelijk het aanbod overtreft. Een compenserende factor is echter dat een beperkt aanbod ook de vraag remt en dus het beeld vertroebelt. Anderzijds heeft men in het verleden zich te zeer laten leiden door de reële vraag naar gebitsverzorging, d.w.z. door een groter of kleiner deel van de zich manifesterende subjectieve behoefte, en te weinig heeft gelet op de objectieve be-

hoeft aan tandheelkundige hulp. De objectieve behoefte, namelijk hetgeen naar tandheelkundige maatstaf nodig is, zal een veel zuiverder uitgangspunt vormen dan de subjectieve behoefte, die pas in zijn ware proportie naar voren treedt bij een overmaat aan beschikbare hulp.

Onze verantwoordelijkheid als tandarts dwingt ertoe, de objectieve behoefte in het gezichtsveld te betrekken. Slechts vanuit tandheelkundig oogpunt kan worden bepaald wat nodig is. Het zal de taak van de tandarts en van de voorlichtende organen zijn de objectieve behoefte om te zetten in een subjectieve behoefte. Een gelijke taak als de medicus heeft in de economisch en dus ook medisch onderontwikkelde gebieden.

Een belangrijke psychologische rem is evenwel: zowel medische als tandheelkundige hulp is van een voorrecht om deze te mogen geven, van boven af gemaakt tot een recht dat de patiënt al dan niet opeist. Maar in een vrij beroep zal men zich hier van vrij moeten weten. Het blijft een plicht van de tandheerkunde, ervoor te ijveren, dat de mogelijkheden geschapen worden tot het verlenen van de hulp, die men als tandarts nodig acht.

Temeer klemt dit voor dat deel van de bevolking, dat zelden uit eigen beweging behandeling zal zoeken: de jeugd.

Het aantal tandartsen dat in Nederland voor een optimale hulp nodig zou zijn, kan men enerzijds schatten aan de hand van de aantallen tandartsen per hoofd van de bevolking in andere landen, anderzijds aan de hand van b.v. cariësstatistieken.

In de Scandinavische landen (Noorwegen en Zweden) is er één tandarts per  $\pm$  1500 inwoners. Is hier nu een werkelijke verzorging mogelijk? Zowel TOVERUD (Noorwegen) als BERGGREN en SYRRIST (Zweden) – die door hun positie recht van spreken hebben – achten het voorshands onmogelijk om door gebrek aan tandartsen tot een systematische behandeling van de kleuter te komen. In deze landen hoopt men, door het oprichten van nieuwe tandheelkundige instituten, over 10 à 15 jaar zover te zijn dat men de behoefte kan opvangen. De schooltandverzorging beschikt daar in het algemeen over voldoende tandartsen (melkgebit wordt alleen verzorgd indien hiervoor tijd is); ten aanzien van de volwassenen is er van enig tekort sprake.

Op grond van deze gegevens zouden er in Nederland tenminste 3250 méér tandartsen nodig zijn. Men vergelijk ook de andere getallen van tabel II.

Zoals reeds eerder gezegd, gaat een vergelijking met andere landen niet geheel op; toch kunnen deze getallen ons niet geheel onberoerd laten.

Van tweeën een: òf de Nederlandse tandarts en de Nederlandse bevolking nemen een uitzonderlijke plaats in de wereld in – òf er is een ontstellend tekort aan mankracht.

Bij het bepalen van de objectieve behoefte kunnen wij gebruik maken van de ter beschikking staande cariësgegevens van Culemborg en Tiel. Twee groepen dienen hierbij te worden betrokken: de kleuters vanaf  $2\frac{1}{2}$  jaar tot het tijdstip waarop zij leerplichtig worden, en de kinderen die de lagere school bezoeken ( $6\frac{1}{2}$  tot 13 jaar).

#### *De verzorging van de kleuters*

Zoals uit tabel I blijkt omvat de kleutergroep 1 miljoen kinderen.

In het zevende jaar, wanneer zij op de lagere school zijn toegelaten, blijken zij gemiddeld 8,6 proximale caviteiten in hun melkgebit te hebben (hierbij zijn dus alleen gerekend de „echte” caviteiten – niet de kleine carieuze aantastingen). Aangezien cariës in de oclusale vlakken van de melkmolaren meestal eerder optreedt dan aan de proximale vlakken, zullen in de loop der jaren veel oclusale caviteiten reeds behandeld zijn, alvorens nog van proximale cariës sprake is. Later zullen deze van approximo-occlusale vullingen voorzien worden. Hierdoor is het aantal vullingen dat gelegd wordt veel groter dan uit het aantal proximale caviteiten zou worden afgeleid. Zeer voorzichtig geschat mogen wij op grond hiervan aannemen dat er in de loop van de  $4\frac{3}{4}$  jaar ( $2\frac{1}{2}$ – $7\frac{1}{4}$  jaar) 8,6 proximale en 2 oclusale aantastingen behandeld moeten worden hetgeen overeenkomt met  $4/19 \times 10,6 = 2,2$  vullingen per jaar.

Voor alle kleuters tezamen betekent dit dus 2.200.000 vullingen per jaar. Ook hier is het weer gevaarlijk om aan de hand van dergelijke getallen te gaan rekenen. De tandarts levert geen stukwerk maar neemt zijn gedeelte van de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van een kind op zich. Hij draagt voor meer verantwoordelijkheid dan voor de vulling of de individuele kies alleen. Evenzo zal men bijvoorbeeld moeten waken voor de groei en ontwikkeling van het gebit. Er zijn taken bij de verzorging van de kleuter die wellicht belangrijker zijn dan het leggen van vullingen en die bovendien tijd kosten. Aan de moeder zal gevraagd of ongevraagd voorlichting moeten worden gegeven – het kind moet worden opgevoed tot het aanvaarden van de gebitsbehandeling. Zo ergens in de tandheekkunde, dan vraagt deze verzorging rust en dus tijd. Tijdens de bezoeken waarbij nog geen behandeling behoeft plaats te vinden zal het kind gelegenheid moeten krijgen om aan allerlei te wennen – ook dit kost tijd.

Indien wij met deze situatie voor ogen gaan uitrekenen hoeveel tand-

artsen hiervoor nodig zijn, dan vormen de vullingen nog slechts reken-grootheden en zijn niet bedoeld om als „verrichtingen” te worden bijeen-geteld.

De werktijd van de tandarts voor de verzorging van kleuters is te stellen op  $\pm 1000$  uur per jaar. Indien wij aannemen dat *naast de andere taken* 3 vullingen per uur gelegd kunnen worden, dan betekent zulks dat  $\frac{2,2 \times 10^6}{3 \times 1000} = 735$  tandartsen op full time basis in Nederland voor de kleuterverzorging werkzaam zouden moeten zijn. Indien men vier vul-lingen per uur zou rekenen, dan komt dit overeen met 550 tandartsen.

#### *De verzorging van de schoolkinderen*

Er zijn in Nederland 1,5 miljoen kinderen op de lagere school. Op het ogenblik wordt in de schooltandverzorging gemiddeld 1,5 vulling per kind per jaar gelegd. Op basis van dit gegeven moeten er dus jaarlijks  $2\frac{1}{2}$  miljoen vullingen aangebracht worden bij de leerplichtige jeugd.

Op grond van de uitkomst van het onderzoek te Culemborg en Tiel is dit aantal echter te laag. Op 12-jarige leeftijd blijkt het volgende aantal caviteiten aanwezig (ook hier zijn dus de kleinere carieuze aantastingen buiten beschouwing gelaten): 4 proximale, 7,5 occlusale en 0,9 cer-vicale. In aanmerking genomen het verschil in tijdstip waarop de occlu-sale en de proximale cariës zich manifesteert, zal het zelden mogelijk zijn het proximale bederf te stuiten tegelijkertijd met het occlusale. Hierdoor zal het aantal vullingen tijdens de lagere schoolperiode niet veel afwijken van 12,4 of  $\pm 2$  per jaar per kind. Dit betekent dus in totaal 3.000.000 vullingen per jaar. Hierbij dient vervolgens nog rekening te worden gehouden met de verzorging van het melkgebit, zodat het getal van 3 miljoen per jaar stellig als aan de lage kant moet worden be-schouwd.

Hetzelfde als over de kleuters gezegd is, geldt in gelijke mate voor het lagere-schoolkind. Andere bemoeiingen vragen nog extra arbeid. Eén hiervan dient speciaal te worden genoemd: de zorg voor het tandvlees. In deze levensperiode van het kind wordt immers de basis gelegd voor een al of niet gezond paradontium. Een groot percentage van de kinderen vertoont bij het verlaten van de lagere school een meer of minder ernstige vorm van gingivitis.

Op het ogenblik worden in de schooltandverzorging gemiddeld 4 vul-lingen per uur gemaakt; hiervan uitgaande zouden er  $\frac{3 \times 10^6}{4 \times 1000} = 750$  tand-

artsen voor een volledige werktijd (schooldag) nodig zijn. Gezien de overige belangrijke werkzaamheden verdient het waarschijnlijk de voorkeur om uit te gaan van 3 vullingen per uur. Men komt dan tot een aantal van 1000 tandartsen.

Indien de tandheelkundige professie op dit moment als belangrijkste taak zou erkennen de verzorging van de jeugd tot 13 jaar, dan zouden er voor alle personen boven die leeftijd 600–1100 tandartsen overblijven. Deze consequentie is natuurlijk niet aanvaardbaar en zou vooral voor de volwassenen een onhoudbare situatie doen ontstaan. Aan de vraag naar tandheelkundige hulp zou alsdan niet eens ten naaste bij voldaan kunnen worden – zelfs niet indien de tandartsen die de jeugd onder 13 jaar behandelen, bereid zouden zijn de hun resterende tijd hieraan mede te besteden. Vooral de periode tussen 13 en 20 jaar is uit een oogpunt van gebitsconservering zeer gewichtig, daar in deze jaren nog een aanmerkelijk aantal approximale aantastingen optreden.

Waarom zou het eigenlijk niet mogelijk zijn de verzorging van de jeugd te laten voorgaan – is de jeugd uit een oogpunt van mondverzorging niet veel belangrijker dan de volwassenheid? Waarom kan de jeugd welen kunnen de volwassenen niet verwaarloosd worden? Kan dit alleen omdat de jeugd zich niet kan laten gelden? Maar moeten wij ons als professie juist niet daarom verantwoordelijk voelen en is het niet ónze taak de gemeenschap ervan te overtuigen dat aan de behandeling van de jeugd voorrang dient te worden verleend?

Toch zou ook hiermee geen oplossing worden bereikt. Het heeft geen zin de jeugd tot het dertiende jaar te verzorgen als het niet mogelijk is ook daarna voldoende verzorging te blijven bieden.

#### *Het toekomstig aantal tandartsen*

Het lijkt alleszins duidelijk dat op zo kort mogelijke termijn maatregelen voor een werkelijk belangrijke toename van het aantal tandartsen moeten worden getroffen.

Hoe ver zouden wij het in dat opzicht kunnen brengen tot 1980?

In Utrecht kunnen maximaal 72 tandartsen per jaar hun opleiding voltooien. Tot en met 1979 studeren daar dus af  $20 \times 72 = 1440$  tandartsen. In Groningen zullen tot en met 1964 36 tandartsen per jaar afstuderen en vanaf 1965 – indien de studentenbezetting maximaal blijft – eveneens 72 per jaar. Dit wil dus zeggen tot en met 1979  $5 \times 36 + 15 \times 72 = 1260$  tandartsen. Over de opleiding van deze tandartsen bestaat redelijke zekerheid.

Indien wij ervan uitgaan dat in de cursus 1961–1962 aan twee univer-

siteiten met een nieuwe opleiding van dezelfde capaciteit als Utrecht begonnen zou kunnen worden (hetgeen vrij zeker *niet* het geval zal zijn), zouden in het gunstigste geval tot eind 1979 nogmaals  $12 \times 144 = 1728$  tandartsen afstuderen. Twee vragen blijven hierbij open: zullen deze beide nieuwe opleidingen er zijn in 1961/62 en zullen zich dan daarvoor voldoende studenten aanmelden (d.w.z. het volgende jaar dus het dubbele aantal van het totaal in 1960/61).

Bij dit totaal mogen wij optellen het huidige aantal tandartsen, verminderd met degenen die voor 1980 de praktijk zullen hebben neergelegd. Wij stellen deze op 1028, (schatting van Dr. J. GODEFROY). Tenslotte moeten ook nog in mindering gebracht worden  $\pm 380$  tandartsen, die volledig bij het onderwijs zijn ingeschakeld of in een andere ambtelijke functie zonder praktijk werkzaam zullen blijven.

Uit tabel III vloeit voort dat wij onder de gunstigste omstandigheden in 1980 mogen rekenen op 5700 tandartsen, die practisch tandheelkundig werkzaam zullen zijn.

Op grond van deze getallen en rekening houdend met de verwachte bevolkingstoename is te stellen dat in 1980 elke tandarts gemiddeld de verantwoordelijkheid draagt voor de gebitsverzorging van 2420 personen.

Vergelijken wij dit getal nu met de getallen in tabel II, dan blijkt – indien in de andere landen het aantal tandartsen tot 1980 gelijk zou blijven – dat wij zelfs onder deze optimale omstandigheden het peil van de Scandinavische landen van thans nog lang niet zullen hebben bereikt. En wat erger is: aan de hand van de *daar* geldende maatstaven is er ook

TABEL III

aantal tandartsen in 1960	2680
aantal afstuderenden tot en met 1964:	
Utrecht $5 \times 72$	360
Groningen $5 \times 36$	180
aantal afstuderenden van 1965 t/m 1979	
Utrecht $15 \times 72$	1080
Groningen $15 \times 72$	1080
aantal afstuderenden van twee nieuwe instituten van 1968 t/m 1979	
$12 \times 144$	1728
	totaal
	7108
Praktijk neergelegd tussen 1960 en 1980	1028
	6080
Rustend, werkzaam aan universiteit e.d.	380
	5700



dan nog geen enkele mogelijkheid tot dentale verzorging van de kleuter! Vooruitlopend op de toekomstige tandartsendichtheid zou men in 1980 met een algemene kleuterverzorging kunnen aanvangen. Immers eerst na 10 jaar zullen de 2-3 jarigen van 1980 in de algemene praktijk verschijnen. Ervan uitgaande, dat na 1980 de aanwas van tandartsen op hetzelfde peil blijft, zou men in 1980 kunnen beginnen met een systematische behandeling, zodat in het jaar 2000 alle personen tot het twintigste jaar verzorgd zullen zijn naar de maatstaf van de huidige tandheekunde.

De vraag die de tandheelkundige professie van heden zich dient voor te leggen is deze: „Kan zij de verantwoordelijkheid ervoor op zich nemen dat wij – indien alle omstandigheden gunstig blijven – nog 20 jaar zullen moeten wachten aler we de zorg kunnen aanvaarden voor de uit een oogpunt van gebitsverzorging meest verwaarloosde groep – die van de kleuters?”

Op medische gronden noch op tandheelkundige mogen wij dit met onze verantwoordelijkheid dekken. Een ieder die wel eens groepen kleuters heeft onderzocht, zal dit moeten beamen. Wij *moeten* dus naar een oplossing zoeken. Dat in de tandheekunde de bereidheid hiertoe bestaat, blijkt uit de plannen tot oprichting van proefcentra voor kleuterbehandeling.

Men zal aan de hand van de werkzaamheden en resultaten van deze centra zonder twijfel in staat zijn meer concrete gegevens te verkrijgen dan waarvan hierboven is uitgegaan. Maar de vraag rijst: komen wij er verder mee, kunnen proefcentra voor kleuterverzorging een werkelijke oplossing geven? De gemaakte schattingen – hoe globaal wellicht – laten één ding duidelijk zien: de voor de kleuterbehandeling nodige tandartsen zijn nu niet beschikbaar en zullen ook in de eerste twintig jaar er niet zijn.

Draait men – als men aan dat feit voorbij gaat – zichzelf niet een rad voor de ogen en is wellicht niet het enige gevolg dat een werkelijke oplossing steeds verder naar de toekomst wordt vergeschoven? Indien er geen belangrijke versterking komt in de sector „mankracht”, dan kunnen de nodige tandartsen alleen verkregen worden door deze te onttrekken aan de schooltandverzorging. Maar juist de schooltandverzorging zal met zeer veel extra werk belast worden doordat zij genoodzaakt wordt ook het melkgebit te behandelen! Men behoeft slechts naar de hiernaast gegeven getallen te zien om zich van het tekort goed bewust te zijn.

Hiermee willen wij geenszins suggereren dat het niet nuttig, ja noodzakelijk is gebitsverzorging bij kleuters te bedrijven indien zich incidenteel de mogelijkheden daartoe voordoen, maar op deze wijze kan helaas in ons land geen werkelijke oplossing worden nagestreefd.

Het enige wat op dit moment verantwoord zou zijn, is het organiseren van preventie voor kinderen tot 3 jaar en voorlichting op grote schaal voor de ouders. In het verlengde hiervan erop wijzen dat behoud van het melkgebit behandeling vraagt is nauwelijks of niet verantwoord.

Het is niet uitvoerbaar, we zijn vastgelopen – tenzij wij de oplossing durven te zoeken in een andere richting.

### *Hulpkrachten*

Indien men in enig beroep het werk niet meer alleen af kan, zal men pogen hulpkrachten in te schakelen voor dat deel van het werk hetwelk aan anderen kan worden overgelaten. Maar welke tandheelkundige werkzaamheden zouden kunnen worden overgelaten? Voorlichting over voeding en mondhygiëne, tandsteen afnemen etc., het gebitsonderzoek, of het leggen van vullingen?

Er is een scheiding te trekken tussen hulpkrachten aan wie men wel en aan wie men niet bepaalde verrichtingen in de mond zou willen opdragen. Aan de laatsten zou men slechts de voorlichting over voeding e.d. kunnen delegeren, over de mondhygiëne echter slechts ten dele, want dat vereist een inspectie in de mond. Er is nog een andere onderscheiding, namelijk moet een hulpkracht speciaal voor volwassenen of voor de jeugd worden ingeschakeld? Tandheelkundige, psychologische en organisatorische overwegingen pleiten ervoor in de eerste plaats aan een hulpkracht bij de verzorging van de jeugd te denken.

De hulpkracht zou de tandarts een, wat tijd betreft, belangrijk onderdeel uit de hand moeten nemen zodat er voor hem nieuwe mogelijkheden geschapen worden. Als zodanig komt de voorlichting hiervoor nauwelijks in aanmerking. Niet dat de voorlichting van minder belang zou zijn, maar indien de tandarts van alle voorlichting die hij nu op scholen geeft zou worden ontheven, zou er voor hem nog slechts weinig tijdswinst behaald worden.

De tandarts is opgeleid om de verantwoording te aanvaarden voor de gezondheid van de mens voor zover dit in zijn vermogen ligt. Een van zijn belangrijkste taken bestaat in het onderzoek van de mens, die aan zijn zorg is toevertrouwd. Met onderzoek wordt hier natuurlijk meer bedoeld dan het opsporen van caviteiten alleen! Op grond hiervan wordt de indicatie gesteld. Hiermee is in feite zijn belangrijkste taak afgelopen al rest nog de behandeling. Indien deze een vulling betreft, is het in wezen een zuiver technische aangelegenheid; van gewicht is slechts dat het gebeurt volgens de regelen van de kunst.

De vraag is nu: Zouden wij dit wellicht aan een hulpkracht kunnen overlaten? Het eerste antwoord hierop zal naar mijn mening ontkennend moeten luiden. Iedere tandarts die deze vraag spontaan met „ja” beantwoordt, schuift zijn verantwoordelijkheid wel zeer lichtvaardig af. Het spreekt vanzelf dat de tandarts, die daartoe is opgeleid en alle problemen van het werk kent, hiervoor de meest aangewezen persoon is. Van onderzoek en indicatiestelling door een hulpkracht kan uiteraard geen sprake zijn. Maar wat blijft er dan nog over?

Ieder die voor het probleem gesteld wordt om een deel van zijn werkzaamheden aan een ander te moeten overlaten, zal als eerste reactie tot de overtuiging komen dat hij niets kan delegeren. Toch heeft de tandarts in de loop der jaren vele werkzaamheden moeten overlaten – soms zelfs heel essentiële zoals het gieten van inlays, het bakken van jacketkronen, het opstellen van de prothese etc. Stellig, er ligt hier een schijnbaar duidelijke grens, want het betreft geen verrichtingen in de mond.

Wij mogen evenwel de mogelijkheid om een hulpkracht vullingen te laten leggen, niet dan na zorgvuldige overweging afwijzen. Wij staan immers voor het alternatief:

*Een hulpkracht inschakelen of de kleuter en gedeeltelijk ook het schoolkind voor de eerste twintig jaar – en vermoedelijk langer – tandheekkundige verzorging onthouden.*

Indien mocht blijken dat het instellen van hulpkrachten die de tandarts werkelijk werk uit de hand nemen, niet realiseerbaar is – ja dan is de zaak afgelopen.

Wij moeten echter trachten objectief – als 't ware door de ogen van een buitenstaander, maar met onze volle verantwoordelijkheid als tandarts – de mogelijkheden te bezien. De vraag luidt dan: Zouden in 2 à 3 jaar geen hulpkrachten zijn op te leiden die in staat zijn om onder toezicht vullingen te maken? Laat ons het eens in de praktijk bezien.

Gesteld een tandarts werkt met 4 hulpkrachten in eenzelfde ruimte. Elk kind wordt door de tandarts onderzocht die aan de hand van zijn bevindingen de indicatie stelt. Vervolgens geeft hij het kind over aan een hulpkracht die de door hem aangegeven behandeling uitvoert. Hij controleert het werk zo nodig tijdens of anders na afloop van de behandeling. Indien nodig neemt hij de behandeling over (expositie van de pulpa etc.). De tandarts is en blijft de verantwoordelijke persoon voor alles wat er onder zijn leiding door de vier hulpkrachten gebeurt. Voor zichzelf behoudt hij die gevallen, die voor de hulpkrachten niet in aanmerking komen, gecompliceerde behan-

delingen etc. Zelf zal hij hierdoor in de jeugdbehandeling een meer bevredigende taak krijgen, daar hij niet meer uitsluitend eenvoudige verrichtingen aan de lopende band behoeft te doen. Is zo iets uitvoerbaar?

Hoe staat het in dit verband met de praktische opleiding van de student? Ook deze behandelt patiënten, terwijl een assistent hiervoor de verantwoordelijkheid draagt. In Nederland is er gemiddeld op elke 8-12 studenten één assistent. (Waarschijnlijk zou een kleiner aantal studenten per assistent vooral voor kinderbehandeling zijn aan te bevelen). Deze studenten hebben op dat moment heel wat minder opleiding en ervaring dan de drie of vier hulpkrachten waar de tandarts mee zou werken, die speciaal voor die beperkte behandeling zijn opgeleid.

Het spreekt vanzelf dat deze hulpkrachten grondig dienen te worden opgeleid voor het werk dat hun te wachten zou staan. Hoe men dergelijke hulpkrachten zou moeten scholen en of het mogelijk is hen binnen redelijke tijd te scholen is een vraag van tweede orde. Eerst zal men het er over eens dienen te zijn, of men het principe wil accepteren.

De rapporten over de „Dental Nurses” in Nieuw-Zeeland zijn in het algemeen gunstig. Toch is de Nederlandse situatie niet voldoende met die in Nieuw-Zeeland vergelijkbaar om het instituut van deze hulpkrachten zonder meer voor Nederland toepasbaar te doen zijn. Er blijven ook te veel vraagpunten over. Het is niet te zeggen of de gebits-gezondheid van de kinderen wel voldoende vergelijkbaar is; wij kennen bovendien de tandheekkundige normen niet.

Een ding lijkt duidelijk, dat de „dental nurse” in dezelfde vorm en dezelfde positie als in Nieuw-Zeeland voor Nederland onaanvaardbaar is. Dit onaanvaardbaar heeft in de eerste plaats betrekking op het gebrek aan supervisie, op haar te grote zelfstandigheid. Naar onze mening mag en kan een „dental nurse” alleen onder direct toezicht van de tandarts werken. Hij moet de verantwoordelijkheid dragen, onderzoekt, stelt de indicatie en delegeert alleen bepaalde taken. Slechts in deze vorm zou van hulpkrachten gebruik kunnen worden gemaakt.

We staan voor de keuze: De jeugd en vooral de kleuter op lange termijn blijven verwaarlosen of hulpkrachten inschakelen. Dat het beter is dat de tandarts het zelf doet werd reeds opgemerkt, maar dat is de vraag niet!

Niets is moeilijker dan handelingen die men van gewicht acht en derhalve meent zelf te moeten verrichten – aan anderen over te dragen. De arts heeft deze beslissing reeds lang geleden gedwongen genomen. Zeer belangrijke taken moet hij aan hulpkrachten overlaten.

Wij mogen vooral niet blind zijn voor problemen, die bij de inschake-

ling van de hulpkrachten rijzen, zowel direct tandheelkundig de professie betreffend als vragen aangaande de opleiding en de organisatie van de dienst.

Het is in de eerste plaats de vraag: zijn wij bereid, met slechts het belang van de jeugd voor ogen, het vraagstuk ernstig te overwegen? Tenslotte is het een beslissing van de tandheelkunde of het kan, en niet van de overheid. Stellig, de overheid kan de hulpkracht creëren, maar het systeem kan alleen werken door en met de tandartsen. Weigert de professie, dan is het systeem ten dode gedoemd. Maar juist hierom rust op ons bij het nemen van een beslissing een grote verantwoordelijkheid.

Op internationaal niveau heeft men zich reeds verschillende malen uitgesproken over de hulpkracht, die ook behandelingen in de mond verricht. Hierbij doet het verwonderlijk aan dat men deze hulpkracht wil reserveren voor landen, die tandheelkundig gesproken kwantitatief en kwalitatief op een laag niveau staan. Zo men ergens tegen een dergelijke hulpkracht bezwaar zou moeten hebben, dan is het daar, waar de tandartsen, die kwalitatief voor de supervisie in aanmerking komen, in onvoldoende aantal aanwezig zijn. Het tandheelkundig hoog ontwikkelde land komt niet in aanmerking, omdat daar de mogelijkheid bestaat om binnen redelijke tijd over voldoende tandartsen te beschikken. Juist in landen die tot de middengroep moeten worden gerekend en waar in principe alleen een kwantitatief tekort heerst – zoals in Nederland – lijkt het mogelijk hulpkrachten in te schakelen, omdat daar de mogelijkheid tot een goede supervisie alleszins aanwezig is. Voor de gehele kleuterverzorging zou men met 150 tandartsen kunnen volstaan die de leiding hebben over 600 hulpkrachten en voor de schooltandverzorging respectievelijk met 200 tandartsen en 800 hulpkrachten. Dit zijn natuurlijk geen absolute getallen, maar zij geven wel aan dat het wellicht mogelijk zou zijn om in de naaste toekomst voor een dusdanige functie over voldoende tandartsen te beschikken.

Indien de uitvoerbaarheid van het systeem zou blijken, dient men vooral niet overhaast te werk te gaan. Zowel de tandarts als ook het publiek zullen er zich vertrouwd mee moeten maken. Er is echter nog een belangrijker punt, namelijk de nazorg. De invoering van een algemene tandheelkundige verzorging van de jeugd zal de subjectieve vraag naar gebitsverzorging in belangrijke mate stimuleren. Men moet echter, indien in een district hiermee begonnen wordt, zeker zijn dat in de behoefte aan nazorg ook kan worden voorzien. Anders is het initiatief zinloos! Juist indien men met hulpkrachten begint zal het tandheelkundig onderwijs op topcapaciteit moeten werken. Indien beide projecten realiseerbaar zouden

zijn – vergroting opleidingsmogelijkheid voor tandartsen én opleiding van hulpkrachten – en indien tevens de preventie krachtig terhand werd genomen, lijkt het mogelijk de tandheelkundige volksgezondheid op een peil te brengen dat Nederland niet ten achter zal doen staan bij andere landen.

Deze beschouwing heeft niet de pretentie van een recept hoe het moet, zij is slechts een bezinning op de vragen die ons eigenlijk dagelijks moeten bezighouden. Problemen zijn daarin aan de orde gesteld, die geen incidentele oplossingen meer gedogen. Vraagstukken die een eerlijke, objectieve overweging vragen en een oplossing die werkelijk uitzicht biedt.

De organisatorische en financiële problemen inzake de verzorging van de jeugd hebben hier opzettelijk geen bespreking gevonden. Dit zijn niet alleen aangelegenheden van de tweede orde, maar bovendien zaken waar wij minder verantwoording voor dragen. Zo men (d.w.z. de overheid en de tandheelkundige gemeenschap) de bereidheid bezit om aan de oplossing hiervan mee te werken, zullen ook deze consequenties niet onoverkomelijk blijken.

Ingenhouszstraat 57, Utrecht