

SOCIALE TANDHEELKUNDE

ENIGE SOCIAAL-TANDHEELKUNDIGE ASPECTEN DER JEUGDVERZORGING

DOOR N. A. K. M. VAN ERP

Inleiding

De doelstelling van een sociaal-tandheelkundig plan is: de schade, die het natuurlijk gebit en de omringende weefsels van de bevolking door tand- en mondziekten bedreigt te elimineren of – zo dit nog niet mogelijk is – te reduceren.

Sociaal-tandheelkundige maatregelen dienen dan ook primair van preventieve aard te zijn, omdat deze ziekten daardoor geheel of gedeeltelijk kunnen worden voorkomen. De curatieve hulp komt op de tweede plaats. Deze zal in het gunstigste geval de ziekte genezen, maar bereikt, wat de tandcariës betreft, slechts het resultaat, dat de ziekteverschijnselen worden afgeremd of tot staan gebracht.

De noodzaak tot cureren is een bewijs, dat de preventie gefaald heeft. Het is onjuist op deze feilbaarheid te reageren door dan het zwaartepunt naar de curatieve zorg te verleggen, wanneer niet eerst uitputtend is getracht verbetering in de toepassing van preventieve maatregelen aan te brengen en hieraan een zo groot mogelijke verbreiding te geven.

Het staat wel vast, dat in de uitoefening van de sociale tandheelkunde in Nederland tot voor enkele jaren deze onjuistheid kon worden geconstateerd. Enerzijds begrijpelijk, omdat de curatieve tandheelkunst al werd beoefend voordat men nog aan preventie dacht. Anderzijds minder goed te begrijpen, omdat bewust in het kader van de gezondheidszorg aan de bevolking recht op curatief-tandheelkundige hulp werd gegeven, dat bij een massaal opeisen nooit kon worden geëffectueerd.

Een keerpunt in deze averechtse ontwikkeling is het groeiend besef, dat toepassing van maatregelen op het gebied der preventie, die hun nuttig effect bewezen hebben, mogelijkheden biedt, die een geheel nieuw licht doen schijnen op het gehele vraagstuk van de cariës-bestrijding.

Kleutertandverzorging

Het doet daarom vreemd aan, dat thans gesteld wordt, dat een curatieve methode, waarvan met betrekking tot het blijvend gebit – ondanks een nog niet massale toepassing van de preventieve mogelijkheden – gezegd mag worden, dat de doelmatigheid ervan is aangetoond en eveneens wel eens een gunstig resultaat oplevert voor het zieke melkgebit, het bij uitstek geschikte sociaal-tandheelkundig middel zou zijn, dat naar het voorbeeld van de schooltandverzorging volgens het Bonner systeem als een logische en volkomen verantwoorde maatregel wordt aanbevolen en algemeen zou moeten worden toegepast.

Even vreemd is het, dat op grond van het feit, dat hier en daar 8,6 approximale caviteiten op 7-jarige leeftijd in het melkgebit zijn geconstateerd, hieruit een te verwachten vullingsgetal van 2,2 per jaar voor de verzorging van kleuters vanaf het 3e levensjaar gevonden wordt, alsof nòch de preventie noch het *vroegtijdig* aanvangen van pogingen het cariës-proces langs curatieve weg tot staan te brengen van enige invloed zou zijn op bevindingen tegenover die van een groep, die in het geheel niet of slechts zeer ten dele deze verzorging heeft gehad.

Hier is een belangrijke fase in de evolutie van het sociaal-tandheelkundig plan overgeslagen. Om de cariës in het melkgebit op verantwoorde wijze in een zo groot mogelijk georganiseerd verband te kunnen bestrijden is in de eerste plaats nodig het verzamelen en analyseren van gegevens, die een objectieve beoordeling van deze nobele doelstelling mogelijk maken (epidemiologisch onderzoek! Hoe lang nog: T.N.O. Commissie?). Dan kunnen in proefcentra de gegevens worden verkregen om de mogelijkheden van preventieve en curatieve maatregelen en de efficiency ervan vast te stellen. Deze „pilot-studies” leveren inderdaad nog geen maximum dividend op voor de massa, doch zijn in feite onmisbaar om de methodiek te testen, die het beoogde dividend kunnen verschaffen.

Zou de voor het blijvend gebit gebruikelijke curatieve methode bij het melkgebit, waarvan de elementen na een 6 tot 10 jarige periode al weer verdwenen zijn, maar waarin het cariës-proces veel sneller verloopt, falen, dan is het de taak van het wetenschappelijk onderzoek en het onderwijs andere en betrouwbaarder methoden te vinden. Slaagt ze, dan kan tot massale toepassing worden overgegaan en eerst dan komt voor de behandeling van het melkgebit de mankracht aan de orde.

Het op korte termijn starten van een algemeen georganiseerde curatieve verzorging van kleuters met daartoe speciaal technisch geschoolde vrouwelijke hulpkrachten, die vullingen aanbrenge, zou de fout betekenen, die in de inleiding werd vermeld. Om een stoute beeldspraak te gebruiken: het zou het *achter* de wagen spannen zijn van een groot aantal jonge merries, die een lange weg moeten afleggen naar een doel, dat voorlopig nog ergens in de mist ligt. En dit met de bijna aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid, dat die weg verkort kan worden door toepassing van de preventie en die paardjes ook vóór de wagen te spannen zijn, door ze op preventief gebied werkzaam te doen zijn! Om van het paard van Troje maar te zwijgen...

De onvermijdelijke long-term policy bij elk evoluerend sociaal-tandheelkundig program houdt niet in, dat op het gebied van de kleutertandverzorging voorlopig niets moet gebeuren. De toestand van het melkgebit van onze jeugd vraagt om iets. Proefcentra, die de nodige gegevens kunnen verschaffen zijn dringend nodig. Na 6 jaar kunnen deze gegevens een beeld geven van de gevolgde curatieve methodiek en de mogelijkheden van uitvoering. Wat later dezelfde gegevens te samen met het toepassen van preventieve maatregelen. De efficiency in zijn geheel zal wellicht eerst nog later te beoordelen zijn.

En ook *algemeen* zal meer aandacht aan het melkgebit moeten worden ge-

schonken. Op preventief gebied: drinkwaterfluoridering zal ook het melkgebit ten goede komen. Voorlichting op voedingsgebied is gewenst en uitvoerbaar. Vroeg toegepaste mondhygiëne, mits in de eerste jaren door de ouders toegepast en later door het kind zelf voortgezet en de beperking van snoepgewoonten zijn even onontbeerlijke activiteiten, die door ruime voorlichting gemeengoed dienen te worden.

Wat het curatieve aspect betreft: hoe meer ouders langzamerhand, daartoe door voorlichtings-organen op de juiste wijze geattendeerd, hun kleuters vóór de leeftijd van 3 jaar eens voor onderzoek naar hun tandarts meenemen, met des te minder tegenzin de gemiddelde practicus een poging zal wagen om voor dit nog niet door cariës verwoeste gebit iets te willen en kunnen doen. En als dit hier en daar op kleuterconsultatiebureau's van de Kruisverenigingen kan gebeuren in een voor de kleuter wellicht prettiger omgeving, dan de behandelkamer van de tandarts en er collegae zijn, die hiervoor een gedeelte van hun tijd beschikbaar willen stellen is daar alleen maar iets vóór te zeggen.

Het melkgebit op latere leeftijd nog te willen behandelen met conserverende middelen heeft alleen in hoge uitzondering nog zin. Het geheel is ook niet zo'n eenvoudige zaak en de leek ziet dit veel te technisch. Zie het uitstekende artikel van coll. J. B. VISSER (T. v. T., dec. 1960).

En toch zal ook incidenteel meer aandacht dienen te worden geschonken aan geïnfecteerde pulpae en ontstekingsprocessen als gevolg van de cariës bij kinderen van 5 tot 10 jaar, óók in de schooltandverzorging. Verwijzing naar de gezinstandarts om deze reden diende meer algemeen te geschieden.

Een zo breed mogelijk opgezette kleutertandverzorging zal echter, sociaal-tandheelkundig gezien, de verantwoorde evolutie moeten doormaken, die tot nu toe bij andere organisatie-vormen zo node werd gemist.

Schooltandverzorging

Met de curatieve verzorging van de lagere-schooljeugd is het gunstiger gesteld en ook de vooruitzichten zijn beter. Er zijn tekenen, die er op wijzen dat meer dan tot nu toe aandacht wordt besteed aan de preventie.

Niettemin wordt ook hier van verschillende zijden de noodklok geluid. Het gaat niet hard genoeg! De *gehele* jeugd moet verzorgd worden! Speciaal van de zijde der ziekenfonds-organisaties komt de roep om algemeenheid. Kan dit niet? Dan is er een schreeuwend tandartsentekort! Vergelijk ons bestand met het buitenland.

Merkwaardig is dat een nabuurland van ons hierbij nooit wordt genoemd: België. Soit; laten we Denemarken nemen met een grotere tandartsendichtheid en vooral meer vrouwelijke tandartsen. De Schooltandverzorging is een gemeentelijke aangelegenheid en wordt voor 30% gesubsidieerd door het Rijk. Waar het systeem werkt, wordt een verantwoorde en uitstekende job verricht, maar het is niet algemeen. Grote dun-bevolkte gebieden ontberen zelfs tandartsenhulp! Georganiseerde kleuterverzorging wordt slechts in een deel van de hoofdstad gegeven in 4 kleine centra.

Enige sociaal-tandheelkundige aspecten der jeugdverzorging

Toch moet worden vastgesteld, dat het in Nederland gelukt is in de na-oorlogse periode te komen tot $\pm 60\%$ gesaneerde kinderen in de lagere-schoolleeftijd.* Dit moge blijken uit het volgende overzicht, waarbij voor de niet in georganiseerd verband behandelde jeugd zeer voorzichtig het landelijk sanerings-percentage van 20 is aangehouden.

Berekening I

Organisatie	Totaal aantal kinderen	Aantal gesaneerd
– Klassiek systeem: deelnemend	600.000	600.000
in „gekapte” klassen	44.000	44.000
20% geen toestemming	161.000	20% 32.200
totaal bestand	805.000	676.200
– Verwijzingssysteem	90.100	90% 81.090
– Totaal georganiseerd	895.100	757.290
– Niet georganiseerd	604.900	20% 120.980
– Totaal aantal kinderen	1.500.000	878.270
	100%	$\pm 60\%$

Hoe staat het met de beschikbaarstelling van de tandartsen? Aan de hand van de laatste gegevens van het Bemiddelingsbureau der Maatschappij en het verslag van de Ned. Ver. v. Soc. Tandheelkunde is volgende berekening te maken:

Berekening II

In het klassiek systeem worden 600.000 kinderen verzorgd door:

53 full-time tandartsen met 10 werkeenheden p. week = 530 w.e./p. week

500 part-time tandartsen met tezamen 1633 w.e./p. week

Het aantal werkuren van 1 full-timer bedraagt:

$$42 \times 6 \text{ ochtenden } \dot{=} 2\frac{3}{4} = 683$$

$$42 \times 4 \text{ middagen } \dot{=} 2 = 336$$

$$\text{Totaal aantal uren: } 1019$$

$$53 \text{ full-timers werken dus per jaar } 53 \times 1019 = 54007$$

$$500 \text{ part-timers werken } 1633 \times 42 \times (\text{gemiddeld}) 2\frac{1}{2} = 171444$$

$$\text{Totaal aantal uren in het klassieke systeem } 225451$$

Dit aantal uren betekent omgerekend in een theoretisch aantal full-timers $225451 : 1019 = 221$ full-timers.

* Een onlangs te Tilburg gehouden onderzoek vermeldt een sanerings-% van 91.5 voor deelnemende en niet deelnemende leerlingen tezamen.

Van het totaal aantal tandartsen ad 2680 komt een aantal van 1700 in aanmerking voor medewerking aan de schooltandverzorging. Reden: leeftijd, instelling, onderwijs, dienstverband, mil. dienst enz.

Waar in werkelijkheid 33% van deze in aanmerking komende tandartsen medewerking verleent is het voor de volgende berekening eenvoudiger dit aantal om te rekenen in full-timers. Dit bedraagt thans 13%.

In volgende berekeningen zullen wij van dit percentage uitgaan.

De medewerking van tandartsen voor de gekapte klassen en het verwijzingsstelsel zijn in deze berekening buiten beschouwing gebleven.

Dat er ondanks deze niet ongunstige resultaten – in goed tien jaar – geen verbeteringen aan te brengen zouden zijn: wie zal dit willen ontkennen? Men is met de schooltandverzorging immers begonnen zonder eerst pilot studies te verrichten. De periodiek verzamelde gegevens van de Ned. Ver. v. Soc. Tandheelkunde zijn te veel gericht op planning, financiering en organisatie-vorm en te weinig op sociaal-tandheelkundige verantwoorde statistiek.*

Een onderzoek naar de resultaten van de Schooltandverzorging bij hiervoor bereikbare bevolkingsgroepen (militairen) is nuttig en nodig om de efficiency vast te stellen. De Nazorg verdient meer algemene toepassing. En ten slotte: de haast om de voorgeschreven twee rondgangen te „halen” gaat nog al te dikwijls ten koste van de tijd nodig voor voorlichting en opvoeding.

Toekomstige ontwikkeling

Vooropgesteld zij, dat een *landelijke* jeugdverzorging volgens het klassieke systeem voor 1.500.000 schoolkinderen en 1.000.000 kleuters in een democratisch land als het onze een *utopie* is.

Plan-berekeningen, die uitgaan van de *objectieve behoefte* veronderstellen 100% organisatie en 100% deelname. Dit getuigt niet van zin voor realiteit. Er zullen immers altijd gebieden blijven waar elke organisatievorm onmogelijk is of weerstand wekt; het verwijzingsstelsel zal zich blijven ontwikkelen en niet primair op instigatie van de professie; en 100% deelname veronderstelt bijna behandelingsdwang en is irreëel.

– Reëel is het, voor wat de georganiseerde verzorging betreft, uit te gaan van de *potentiële behoefte* en voor al wat daarbuiten valt van de *potentiële vraag*.

Om na te kunnen gaan of deze behoefte en vraag kunnen worden geëffectueerd en in welk tijdsverloop is het nodig berekeningen te maken.

De bestands-verhouding klassiek systeem: verwijzingsstelsel is thans 10 : 1. Aannemend dat deze zich vooralsnog niet wijzigt mag worden gesteld dat het klassiek systeem „haalbaar” is voor 75% van de lagere school jeugd, dat zijn 1.125.000 kinderen. Bij een deelname van 80% zijn dit 900.000 deelnemers. In het klassiek systeem zijn thans reeds opgenomen 644.000 deelnemende kinderen. Resteert voor de nabije toekomst 256.000. Bij een vullingsgetal van 1,5 zal de

* Hierover iets in een volgend artikel.

curatieve verzorging van dit restant $256.000 \times 1,5 : 4 = 96.000$ uren en $96.000 : 1019 = 94$ full-time tandartsen vragen.

Voor het totaal in het klassieke systeem dus de 221 reeds werkzame + 94 = 315 full-time tandartsen.

Tandartsen voor instandhouding en ontwikkeling van het verwijzingsstelsel kunnen hier buiten beschouwing blijven.

De berekeningen van coll. BACKER DIRKS gaan uit van een objectieve behoefte, een vullingsgetal 2 en een werk-capaciteit van 3 vullingen per uur, gezien de overige werkzaamheden. Hij komt dan tot een aantal van 1000 tandartsen. Hieruit blijkt dat zijn gezegde: „Met niets kan men meer onverantwoord mensen misleiden dan met getallen” en „Anderzijds is het vanzelfsprekend misplaatst deze getallen niet te gebruiken, wanneer zij het enige houvast betekenen” een kern van waarheid bevat, maar dat *het enige houvast zéér* theoretisch, doch óók praktisch kan worden benaderd.

Niettemin zal ik mij aan zijn tandartsen-toename berekeningen houden met de restrictie dat in de toekomst de Universiteiten van Nijmegen en Amsterdam geen 72, doch 60 tandartsen per jaar doen afstuderen.

Berekening III

Jaar	A	B	C	D	E	F	G	H	
1960	2680			2680		1700	13%	221	-
1961	2680	40	108	2748	50%	54	1754	228	275
1962	2784	40	108	2816	„	54	1808	235	282
1963	2816	40	108	2884	„	54	1862	242	289
1964	2884	40	108	2952	„	54	1916	248	296
1965	2952	40	108	3020	„	54	1970	256	302
1966	3020	50	144	3114	„	72	2042	265	310
1967	3114	50	184	3248	„	92	2134	277	337
1968	3248	50	234	3432	60%	140	2274	15% 341	369
1969	3432	50	254	3636	„	152	2426	363	481
1970	3636	50	264	3900	„	159	2585	388	515
1971	3900	50	264	4114	„	159	2744	411	547
1979	5622	60	264	5826	„	159	4016	20% 803	-
1980	5826	60	264	6030	„	159	4175	835	962

In deze tabel betekent:

- het uitgangbestand aan tandartsen per 1 jan. van het betr. jaar.
- de uitval wegens overlijden en neerleggen van de practijk.
- de toename van nieuw-afgestudeerde tandartsen: tot 1966: 72 + 36 (Utr. + Gron.); in 1966: 72 + 72 (id.); in 1967: id. + 40 (Nijm.); in 1968: id. + 50 + 40 (Nijm. + Adam) en zo geleidelijk tot 72 + 72 + 60 + 60 = 264.
- Uitgangbestand - uitval + toename.
- % en aantal van de afgestudeerden, dat in aanmerking kan komen voor deelneming aan het klassiek systeem.

- F. Totaal aantal tandartsen, dat in aanmerking kan komen voor deelname aan het klassiek systeem met een uitgangsberekening voor 1960 van 1700 (zie Ber. III).
- G. de werkelijke deelname van het in aanmerking komend aantal omgerekend in full-time tandartsen. Uitgangsperscentage 13 (zie Ber. III).
- H. Incalculering van een stage-jaar voor 50% van het aantal afgestudeerden tot 1967 en van 60% na 1967, door te brengen in jeugd tandverzorging. Het normale accrès, zoals dit in kolom G is berekend komt dan een jaar later.

Uit deze opstelling van de tandartsentoe name, waarbij de beschikbaarstelling voor de jeugd tandverzorging beslist niet is geflatteerd, doch is afgestemd op de status quo, mag worden geconcludeerd, dat er inderdaad in de eerste jaren niet veel zal kunnen veranderen. Wanneer de toename echter in 1966 belangrijk gaat stijgen en er eens speciaal aandacht aan zou worden geschonken bij de voorlichting van toekomstige academici, dat het beroep van tandarts ook voor de *vrouw* in de toekomst aantrekkelijk is door de mogelijkheid om zonder grote investeringen, in gedeeltelijke dagtaak en desnoods met enige jaren onderbreking als jeugd tandarts werkzaam te zijn, verbetert de mankracht-situatie sprongsgewijze. Het benodigd aantal tandartsen omgerekend in full-timers voor de potentiële behoefte der schooljeugd kan reeds in 1968 worden bereikt.

Uit de „roep om vrouwelijke hulpkrachten met de bevoegdheid schooltandverzorgster” zou men kunnen concluderen, dat bijzondere omstandigheden bijzondere maatregelen wettigen. Welnu, zou het zo vreemd aandoen om naar het voorbeeld der Scandinavische landen na het behalen van het tandarts-diploma een stage-jaar in te stellen dat in de jeugdverzorging zou worden doorgebracht? Als de helft van het aantal afgestudeerden hiervoor in aanmerking zou komen zou het aantal benodigde tandartsen reeds in 1966 kunnen worden bereikt!

De verdere toename en beschikbaarheid voor de jeugd tandverzorging kan na die jaartallen ten goede komen aan de verzorging van kleuters in inmiddels uitgebreide proefcentra, die dan hun eerste resultaten kunnen hebben verkregen en later in een eventueel te organiseren algemenere verzorging.

Wat de bevolkings-toename betreft: Is het te boud om de veronderstelling te maken dat een toename tot 1980 van 22% bij een krachtige aanpak van de preventie omgekeerd evenredig is aan de door deze preventie te verwachten reductie van de cariës?

Ten slotte: De Hulpkracht

Hierover zijn de laatste tijd zoveel tongen en pennen in beweging gekomen, dat veel hierover zeggen het slechts in herhaling vallen zou zijn.

Wat de schooltandverzorgster betreft: Zelfs in het kamp der voorvechters bestaat nu nog verschil van opvatting over haar taak en bevoegdheid. Dit maakt de verwarring nog groter en is voor de leek een hindernis te meer om een objectief oordeel te kunnen vellen.

De „School Dental Nurse” uit Nieuw Zeeland, eens met kracht verdedigd in de Rapporten VAN LIENDEN, WESTER en de werkgroep DE VRIES is o.a. door de publicatie van coll. BACKER DIRKS al weer teruggebracht tot het „Malakkatype”, dat in een team van 4 slechts mag werken onder direct toezicht van een tandarts en niet zelfstandig mag diagnosticeren of screenen. Afgezien van welk een enorme reorganisatie van het bestaande systeem bij massale invoering van dit type toegepast zou moeten worden, zullen óók deze meisjes ons op korte termijn geen soulaas verschaffen.

De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft een afwijzende uitspraak gedaan met betrekking tot het invoeren van de schooltandverzorgster en beveelt positief de mondverzorgster aan. Wanneer de schooltandverzorgsters door de tandartsen niet „afgenomen” zullen worden betekent dit een zeer ernstige bedenking tegen haar invoering en zal men toch algemeen terughoudendheid dienen te betrachten.

Wilt U mijn eerlijke persoonlijke mening? Ik acht de schooltandverzorgster theoretisch wel mogelijk, maar principieel ongewenst en praktisch onnodig. Ik refereer mij daarbij aan de uitspraak van de „Dental Health Consultant Group” van de Wereld Gezondheids Organisatie, luidende:

„Auxilliary and ancillary personnel may play an active part in both preventive and curative services, but their role must be supplementary to, not a substitute for, that of the qualified dental practitioner. The key person in dental health services should be the qualified dental practitioner.”

Evenmin als het artikel van coll. BACKER DIRKS, voor wiens zienswijze ik respect heb, pretendeert dit opstel „de oplossing” aan de hand te doen. Ik heb getracht aan te tonen, dat het benaderen van het vraagstuk der georganiseerde jeugdverzorging op een minder theoretische, maar meer op de praktische mogelijkheden gerichte wijze tot conclusies voert, die allerminst de uitspraak van een der inleiders op de laatst gehouden openbare vergadering van de Nederlandsche Vereniging voor Sociale Tandheelkunde rechtvaardigt als zou „de invoering van de schooltandverzorgster *een conditio sine qua non* zijn voor voortbestaan en uitbouw van de tandheelkundige verzorging der Nederlandse jeugd”.

Laten wij zoveel mogelijk werk, waarvoor per se geen tandartsen nodig zijn en met name op het gebied van de preventie delegeren aan de mondverzorgsters, over wier invoering *geen* verschil van opvatting bestaat. Laat echter de operationele tandheelkunde het terrein blijven van de tandartsen, die hiervoor een adequate en niet zuiver technische opleiding hebben gekregen. Het huidige bestand en de verwachte toename van (hopelijk ook meer vrouwelijke) tandartsen zal binnen een redelijke termijn de potentiële behoefte aan curatieve verzorging aan kunnen.

„No population should be satisfied with less than the highest standards of professional services it can command”.

„De Kleine Meer”. Valkenswaard. Apr. 1961