

### ASPECTEN VAN DE GEBITSVERZORGING ALS SOCIALE VOORZIENING\*)

Prof. P. H. BUISMAN

Wanneer men ervan uit gaat dat de invoering van het ziekenfondsenbesluit in 1941 een omwenteling heeft betekend voor de tandheelkundige praktijk, dan mag men aannemen dat het toenmalige verklaarbare en psychologisch gerechtvaardigde verzet van tandartsenzijde inmiddels door de tijd overwonnen is. Sindsdien zijn bijna twintig jaren verlopen en een nieuwe generatie praktici is opgekomen voor wie de sociaal-tandheelkundige voorziening als een gevestigde instelling in hun praktijkvoering moet worden ingecalculleerd.

In de na 1941 verlopen jaren is bovendien zowel de gebitsstoestand als de instelling tegenover gebitsverzorging aanmerkelijk verbeterd, resp. het gevoel voor de waarde van het gebit gegroeid. Dit blijkt uit het in 1960 bereikte aantal reeds en nieuw gesaneerde ziekenfondsverzekerden ten getale van 1,9 miljoen of wel 20 % van het totaal van ruim 8 miljoen verzekerden, dat zowel zuigelingen en kleuters als personen van gevorderde leeftijd omvat voor wie het natuurlijke gebit nog geen dan wel niet meer voor behandeling in aanmerking komend kauworgaan betekent. Dit betekent niet minder dan dat deze bijna twee miljoen verzekerden de waarde van een gezond gebit hebben leren inzien en bereid zijn zich te richten naar het voorschrift der halfjaarlijkse controle.

Wie echter mocht verwachten dat dit gebitshygiënisch resultaat in de tandheelkundige vakliteratuur zijn neerslag aan sociale voldoening zou hebben gevonden, moet op teleurstelling bedacht zijn. Men zal tevergeefs zoeken naar beschouwingen waarin deze onmiskenbare vooruitgang, die onder de werking en uitbreiding van de zwaar aangevochten overheidsmaatregel valt te boeken, als een opmerkelijke sociaal-tandheelkundige overwinning in de strijd tegen het tandbederf wordt toegejuicht. Evenmin heeft dit succes tot enigerlei uiting van beroepsmatige bevrediging aanleiding gegeven. Integendeel, eerder is men geneigd de gegroeide gebitsverzorgingsgezindheid als onvoldoende te kenmerken en in kritisch gestemde artikelen ontevredenheid te ventileren over de bezwaren, die aan de werkzaamheid in ziekenfondsverband onmiskenbaar verbonden zijn.

Men kan nog verder gaan door vast te stellen dat geen schrijver, hier te lande of elders zich geroepen heeft gevoeld om een werksysteem of methodiek te ontvouwen, die het de sociaal werkzame tandarts gemakkelijker zou maken om zijn arbeidskracht uit het oogpunt van inspanning en productie zo efficiënt mogelijk

---

\*) Voordracht, gehouden in de vergadering van de Dr. Wiardi Beckman-stichting op 28 oktober 1961.

aan te wenden. Of anders gezegd: een werkmethode te propageren, die de gelegenheid schept om aan de uiteraard omvangrijke vraag naar gebitsverzorging zowel tijdeconomisch als voldoeninggevend tegemoet te komen.

Vanwaar dit gemis aan belangstelling in de vakliteratuur om te streven naar een doeltreffende en specifieke sociaal-tandheelkundige behandelingsmethodiek? Om hierop een verklarend antwoord te kunnen geven dient te worden vooropgesteld dat het sociale gevoel bij de tandarts, voor wat de uitoefening van zijn beroep betreft, slechts in bescheiden mate ontwikkeld is.

Ik moet bij voorbaat verzoeken hem hierover niet hard te vallen, want ook hij is een produkt van de omstandigheden, die door zijn vak worden bepaald. Wat toch is het geval?

De gebitselementen missen het vermogen om aantastingen door zelfgenezing onschadelijk te maken; integendeel, een eens ontstaan defect van de harde tandsubstantie wordt niet aangevuld maar breidt zich onherroepelijk verder uit. Alleen toepassing van de middelen waarover de tandheelkunst beschikt, is in staat verder verval te stuiten. Dit herstel nu – wil het duurzaam zijn – dient nauwkeurig te geschieden, zowel inwendig als ten aanzien van de oorspronkelijke tandvorm. De vooruitgang in de tandheelkunde heeft zich gekenmerkt door steeds hogere eisen ten aanzien van dat technische herstel en door de uitvinding van nieuwe methoden om aan die hogere eisen te kunnen voldoen. Die nieuwe werkwijzen hebben zich echter tot op heden steeds gekenmerkt door meerdere gecompliceerdheid ten opzichte van oudere methoden, door grotere accuratesse bij de toepassing, zomede de noodzaak om zich te trainen in de specifieke vaardigheid. En... meer tijd. Hierbij worden de aanzienlijk hogere kosten nog buiten beschouwing gelaten.

Ook de praktische opleiding van de aanstaande tandarts tijdens zijn studie is van deze geest doortrokken. De verrichtingen en werkstukken van de student moeten aan strenge eisen inzake zorgvuldigheid bij de uitvoering en een hoge graad van nauwkeurigheid ten aanzien van het bereikte resultaat beantwoorden willen zij als voldoende worden gekwalificeerd. Hierbij wordt de daaraan bestede tijd weliswaar niet buiten beschouwing gelaten, maar toch als een bijkomstige factor in aanmerking genomen.

Van dit technisch en ook wetenschappelijk streven naar perfectie is de tandheelkunde vanouds doordrenkt, maar tot vereenvoudigde werkwijzen heeft het nimmer gevoerd. Integendeel: wie een procedure aanbeveelt waarmee het behoud van een element zij het op minder geacheveerde wijze nog kan worden verzekerd, moet er op rekenen eerder dan bijval te verwerven aan kritiek bloot te staan. De op zichzelf wellicht geldige argumenten gaan echter aan de praktische waarde voorbij.

In deze sfeer heeft de sociale toepassing der tandheelkunst haar weg te zoeken voor organisatorische en praktische verwerkelijking. De richting is reeds in de dertiger jaren uitgestippeld in het z.g. N.P.P.-rapport van de Mij t.b.d.Thk. en overgenomen bij de betreffende voorschriften in en als nadere uitwerking van het ziekenfondsenbesluit. Zij berust in principe op beperking van de te verstrekken

conserverende behandeling door het uitsluiten van tijdvereisende verrichtingen zoals zenuwbehandelingen en meer omvangrijke vullingen. Gelukkig voor de gesaneerden is ten aanzien van de zenuwbehandelingen een ruimer standpunt ingenomen zodat zij daarop recht kunnen doen gelden als tandbehoudende verrichting. De beslissing omtrent een en ander is echter aan de tandarts voorbehouden.

#### *De tandarts en zijn ziekenfondspraktijk*

In welke situatie bevindt zich nu de individuele ziekenfondsmedewerker? Gelijk reeds werd opgemerkt heeft zich geen speciale methodiek voor massale behandeling ontwikkeld. Het onderwijs in de sociale tandheelkunde moet zich uiteraard bepalen tot de kennis van de ontwikkeling, de organisatie en regelingen op het betreffende gebied. De tandarts in de ziekenfondspraktijk zal het dus moeten vinden in het zo hoog mogelijk opvoeren van het aantal behandelingen in een zekere tijdsduur om de stroom hulpvragenden te kunnen verwerken. Dit komt er op neer dat hij vooral zijn arbeidstempo verhoogt en zich beperkt tot verrichtingen, die niet door langere duur zijn dagindeling in de war sturen. Het eerste behoeft niet per sé de hoedanigheid der verrichting ongunstig te beïnvloeden; routine en het vermijden van nodeloze manipulaties kan de snelheid van werken ten goede komen. Het is echter niet iedereen gegeven om een straffe organisatie in de praktijkkamer en een hoog tempo met accuratesse tot een bevredigend geheel te combineren. Het werken onder hoge druk en het voortdurende gevecht met de tijd, vooral het opvangen van tegenslag en onvoorziene complicaties, vormen de allesbeheersende factor in het totaal der dagelijkse werkzaamheden, waarbij de onmisbare verpozing niet zelden in het gedrang komt. Behoeft het betoog dat een dusdanige door de omstandigheden afgedwongen concentratie geen gunstige voedingsbodem vormt voor geestdriftige gevoelens en welwillende gedachten omtrent de sociale betekenis der eigen werkzaamheid?

#### *Eenzelfde beloning voor ongelijke prestaties*

Bij dit alles speelt het vigerende stelsel van vergoedingen een ongunstige rol. De beloning per verrichting is n.l. uniform en houdt geen rekening met de daaraan bestede tijd en inspanning. Dit betekent eenzelfde beloning voor ongelijke prestaties. Uitgedrukt in de duur van zijn werkdag zal de tandarts ernaar streven het aantal van zijn verrichtingen zo hoog mogelijk op te voeren. Zulks is alleen mogelijk met vermijding van onevenredig tijdvergende behandelingen. Dit moge wellicht van weinig beroepsidealisme getuigen, men bedenke dat de steeds stijgende kosten van de tandheelkundige praktijkvoering in zakelijk opzicht weinig ruimte laten voor een professionele zelfverloochening, die met de moderne opvattingen omtrent een organisatie van het ziekenfondswezen in strijd is. Niettemin zijn er praktici die het met hun ethische opvattingen niet overeen kunnen brengen een aangetast gebitselement, dat zij kunnen behouden, uit tijds-overwegingen op te offeren. Zij doen dan wat hun tandheelkundig geweten hun

voorschrijft, maar uit een oogpunt van praktijkvoering als bron van inkomen, handelen zij tegen hun materiële belang.

Hierop kan echter geen vergoedingssysteem zijn gebaseerd. Wil men het gebitsbelang van althans de gesaneerden bevorderen dan verdient het dringend aanbeveling een zekere differentiatie in te voeren, die rekening houdt met de uiteenlopende omvang van de verrichting. Zo blijkt uit de beschikbare statistische gegevens dat bij de gesaneerde, ondanks de regelmatige controle en verzorging, elke vier jaar een gebitselement wordt verwijderd. Het wil mij voorkomen dat deze, uit een oogpunt van gebitsbehoud te betreuren mutilatie, door een meer gedifferentieerde vergoeding gunstig zal worden beïnvloed. De gevolgen hiervan spreken wellicht duidelijker als men zich realiseert dat een gesaneerde, die van zijn 20ste tot zijn 45ste jaar zijn mond regelmatig heeft doen verzorgen, desondanks aan het eind van die levensperiode niet minder dan zes elementen uit zijn gebit heeft verloren. Neemt men in aanmerking dat in de eerste decade vanwege de gunstiger gebitsstoestand de verhouding extractie/vullingen lager zal zijn dan in de vierde, dan zal er zich in werkelijkheid een zekere progressie voordoen in het aantal extractiehiaten. De mindere uitgaven voor het ziekenfonds vanwege de in deze elementen niet-gelegde vullingen als gevolg van het huidige vergoedingsstelsel gaan weg aan de wellicht noodzakelijke partiële protheses om de gebitsmutilatie te compenseren.

#### *Gebitsconservering „met eenvoudige middelen”*

Het vorengenoemde brengt mij tot een beschouwing over de limitering van de gebitsbehandeling, zoals die in de nadere voorschriften op het ziekenfondsenbesluit wordt aangeduid als te geschieden „met eenvoudige middelen”. Hieronder worden verstaan de z.g. plastische vullingen, d.w.z. onder gebruikmaking van materialen, die in kneedbare vorm in de geprepareerde holte worden gebracht en dan binnen korte tijd verharderen. Dit zijn in hoofdzaak het z.g. zilveramalgam en silikaatcement. In verband met het hiermee te bereiken resultaat is het van wezenlijk belang te weten dat met amalgam ook meer omvangrijke aantastingen, ja zelfs zeer grote holten duurzaam kunnen worden gevuld en silikaat, hoewel aan geleidelijke verwerking onderhevig, en uit dien hoofde van beperkte duurzaamheid, de gunstige eigenschap bezit dat het een optreden van secundair tandbederf aan de randen tegengaat. Het heeft een zeker bederfwerend effect en houdt aldus, ondanks de geleidelijke uitslijting, het ermee gevulde element in stand.

De conclusie die hieruit getrokken kan worden is, dat met deze „eenvoudige middelen” in veel gevallen gebitsbehoud uitstekend kan worden verwekelijkt en, wat amalgam betreft, ook in voortgeschreden gevallen.\*). Alleen, wat deze

\*) Ten bewijze dat met eenvoudige middelen, i.c. amalgamvullingen, uit een oogpunt van gebitsconservering wel wat kan worden bereikt, liet de spreker een kies rondgaan, die enkele dagen geleden bij een 69-jarige moest worden verwijderd omdat hij hinderlijk was gaan losstaan. Deze kies, die dus een langdurige staat van dienst achter de rug had, bestond voor meer dan drie vierde uit amalgam.

laatste betreft, de behandeling daarvan wordt niet evenredig beloond. Hier zou alleen een overeenkomstige vergoeding, *in het belang van de gesaneerde verzekerden* uitkomst kunnen bieden.

Ten aanzien van de minder eenvoudige herstellingen in de vorm van gegoten vullingen, kronen en stifttanden dient van het standpunt te worden uitgegaan dat zij in het zichtbare deel van het gebit geïndiceerd kunnen zijn om de verzekerde uit te erkennen esthetische overwegingen financieel tegemoet te komen dan wel hem of haar voor een partiële prothese te behoeden. Uitgangspunt dient te zijn de gesaneerde verzekerde zoveel mogelijk extracties te besparen. Aldus gezien heeft hij een niet misplaatst recht dat hem bij de daaraan verbonden extra kosten de behulpzame hand wordt geboden, voor zover niet van luxe kan worden gesproken. Bedacht dient te worden dat aan een stifttand steeds en aan een kroon vaak een wortelkanaalbehandeling is verbonden als voorafgaande verrichting. Dat de controlerende instantie aan deze speciale voorzieningen tevoren haar fiat zal hebben te geven, spreekt welhaast vanzelf.

#### *De gesaneerden*

Thans iets over het instituut der sanering en de status van gesaneerde. In het rapport van de Dr. Wiardi Beckmanstichting wordt opgemerkt dat het nog te vroeg is om te kunnen vaststellen of de opzet is gelukt. Ik weet niet wat daarvoor als absoluut criterium zou moeten gelden, maar in twee opzichten zou ik een desbetreffende vraag bevestigend willen beantwoorden door op de gebleken voordelen te wijzen. Deze gelden zowel voor de verzekerden als voor de tandheelkundige medewerkers. De financiële aanmoediging om de status van gesaneerde te verkrijgen en te behouden mist blijkens de statistische gegevens haar uitwerking niet. Elk jaar neemt in de huisbehandeling het aantal gesaneerden met ruim 17 % toe, zijnde 4½ % van het gehele verzekerden-bestand. In vergelijking tot dit totaal doet het resultaat van deze vorm van propaganda voor regelmatige gebitsverzorging bescheiden aan. Anders wordt het wanneer men de vergelijking ontdoet van die groepen van verzekerden, die er in elk geval geen gebruik van kunnen maken, de prothesedragers en de kinderen beneden en van de leerplichtige leeftijd. Alsdan geeft het effect van de sanering een veel gunstiger beeld, n.l. 43 %.

#### *Ziekenfonds is een coulante debiteur*

Maar ook voor de medewerkers heeft het systeem grote voordelen, waarop wel eens de aandacht mag worden gevestigd. Doordat de gesaneerde verzekerde niet betrokken is bij de financiële consequenties van de periodieke controle en de daarbij aansluitende behandeling, kan de tandarts aan zijn gebit datgene verrichten wat hij nodig oordeelt. Dit schept voor hem een onbelemmerde werksfeer waarin ongetwijfeld sociale voldoening moet zijn te putten uit het resultaat dat in de tandheelkunst als doel voorop staat, n.l. gebitsbehoud in gezonde staat. Bij deze werkzaamheid heeft de aldus strevende practicus bovendien de zekerheid van integrale honorering want het ziekenfonds is een in alle opzichten solvante

debiteur, die hem bij zijn activiteiten geen hinderpalen in de weg legt. Aan waar-dering voor een en ander is nog niemand zich in het openbaar te buiten gegaan, zodat het niet misplaatst is hierop ook eens het licht te laten vallen.

#### *Verloop onder de gesaneerden*

Er is echter geen zon zonder schaduw en dat geldt ook voor deze vorm van gebitszorg. De zaak is deze. In het Jaarverslag van de Ziekenfondsraad over 1957 werd meegedeeld dat in de loop van een jaar 20 % van de gesaneerden de status van gesaneerde verliest. In latere verslagen ontbreken verdere gegevens over dit ernstige feit. Ten einde mij zekerheid te verschaffen of dit als een incidentele constatering moet worden opgevat dan wel dat het hier een regelmatig verschijnsel betreft, heb ik getracht dit op te sporen. Inderdaad is in het Statistisch Overzicht van de behandeling van ziekenfondsverzekerden in 1960 het materiaal aanwezig. Daaruit blijkt door middel van een eenvoudige berekening dat in genoemd jaar door nieuwe saneringen het aantal gesaneerden met 17,2 % is toegenomen. Wanneer men voorts in het Verslag van de Ziekenfondsraad over 1960 leest dat het aantal gesaneerden in dat jaar met 2,4 % is uitgebreid, dan volgt daaruit dat van de reeds gesaneerden in de huisbehandeling 15 % bij de halfjaarlijkse controle verstek heeft laten gaan. Of uit dit schijnbaar verminderd verloop ten opzichte van 1957 een optimistische verwachting mogelijk is blijve buiten beschouwing. Het aantal vervallen saneringskaarten bedroeg in het vorige jaar niet minder dan 300.000. Wanneer men bedenkt dat dit indrukwekkende aantal gesaneerde verzekerden het periodieke onderhoud van hun gebit hebben opgegeven dan betekent zulks een sociaal gebitshygiënisch verlies dat moeilijk gelaten kan worden aanvaard. De belangrijke bedragen, in de loop der jaren aan die gebitten besteed zullen onvermijdelijk, zoal niet geheel dan toch gedeeltelijk nutteloos blijken te zijn uitgegeven. Zowel in het belang der sanering als in dat der uitgaven daarvoor is het van grote betekenis indien een inzicht zou worden verkregen aangaande de beweegredenen voor het staken van het halfjaarlijkse onderzoek. Ook voor de medewerkende tandartsen zou wellicht uit de motivering iets naar voren kunnen komen om er in de tandheelkundige omgang met hun ziekenfondspatiënten rekening mee te houden of er zich naar te richten.

Hier ligt naar het mij wil voorkomen een taak voor het ziekenfondswezen om door middel van een enquête op beperkte schaal hiervoor het materiaal te verwerven. Als motieven komen theoretisch in aanmerking: 1. nalatigheid zonder meer; 2. opzien tegen eventuele behandeling; 3. pijn tijdens het verblijf in de stoel; 4. pijn in aansluiting op de behandeling; 5. tijdverlies door verblijf in de wachtkamer; 6. bejegening in de praktijk door de tandarts; 7. overgang naar de particuliere praktijk.

#### *Schooltandverzorging*

Als sociaal-tandheelkundige gebitsverzorging van de jeugd voldoet de school-tandverzorging als organisatievorm aan alle voorwaarden om deze te bereiken.

Helaas blijft in ons land, de geleidelijke oprichting van nieuwe diensten ten spijt, de gebitszorg van de schoolplichtige jeugd nog verre ten achter bij de omvang van haar taak, zodat nog steeds ruim 700.000 schoolkinderen verstoken zijn van periodiek onderzoek, hygiënische voorlichting en zondig behandeling. Het is m.i. niet te verwachten dat hierin zonder hulpmiddelen binnen afzienbare tijd zou kunnen worden voorzien. Er is echter reeds zoveel over deze aangelegenheid in de vakpers en ook daarbuiten gepolemiseerd dat het geen zin heeft er thans nogmaals op in te gaan.

#### *Kleuterbehandeling*

Over de kleuterbehandeling is reeds veel naar voren gebracht, al is van de rationele gebitsverzorging van het melkgebit vooralsnog geen sprake. Het is trouwens de vraag in welke omvang hiervoor een effectieve voorziening zou kunnen worden getroffen. Een onderzoek naar de toestand van het kleutergebit in enkele plaatsen heeft ondubbelzinnig aan het licht gebracht dat het bederf steeds grotere afmetingen aanneemt. Eensdeels moet dit worden toegeschreven aan volslagen gemis aan begrip bij de ouders omtrent de waarde ervan, voor het overige aan de snoepgewoonten die, gestimuleerd door de vindrijkheid in de genotmiddelenindustrie de vrije loop wordt gelaten en steeds verder om zich heen grijpen. Tegen het hieruit voortkomende vroegtijdige gebitsverval is geen tandheelkundige behandeling anders dan op beperkte schaal opgewassen. Hier ligt een taak voor de ziekenfondsen om – met een verwijzing naar de schadelijke gevolgen van de lakse en toegeeflijke houding vooral van de moeders – de onwetendheid op te heffen, althans bestrijden. Een ruime verspreiding onder de verzekerden van korte, helder gestelde vouwbladen, waarin met klem wordt gewezen op de oorzaken van het schrikbarende kleutertandbederf en hoe dit kan worden tegengegaan, zal ongetwijfeld veel ten gunste kunnen uitrichten bij ouders die hun verantwoordelijkheid ten deze voelen.

Voor wat de tandheelkundige zijde van dit probleem betreft, zou het volgende kunnen worden opgemerkt. De kleuter is door zijn psychische structuur een doorgaans uiterst moeilijk hanteerbare patiënt. De behandeling stelt dan ook aan de tandarts eisen welke met diens vakbekwaamheid weinig verband houden. Een groot deel van de tijd en energie moet worden besteed aan het verkrijgen van de onmisbare medewerking van de kleuter, die als regel tot het toelaten van manipulaties, waaraan onlustgevoelens zijn verbonden weinig bereid is. De meeste tandartsen kunnen alleen al het geduld hiervoor niet opbrengen en dat kan men hen ook niet kwalijk nemen. De overreding, die hierbij moet worden aangewend, beschouwen zij – en niet ten onrechte – als verkwisting van hun dure tijd en energie. Dit laatste zou trouwens de kleuterverzorging op enigszins uitgebreide schaal onbetaalbaar maken.

Van vrouwelijke hulpmiddelen die uit hoofde van hun wezen beter op de omgang met kleine kinderen zijn ingesteld, zal men ten deze ongetwijfeld verwachtingen mogen koesteren. Voor efficiënt werkende kleutercentra zullen zij m.i. niet kunnen worden gemist. Kwalitatieve eisen aan de verrichtingen zullen daar-

bij achter gesteld moeten worden bij het tactische succes ener goed verlopen behandeling.

#### *Melkgebit, groeiprikkel voor de kaken*

Maar los hiervan is er een punt waarop de aandacht moet worden gevestigd. De elementen van het melkgebit, dat meestal wordt gezien als een slechts tijdelijk en dus minder belangrijk middel om te kauwen, vormen even zovele groeiprikkelers voor de zich ontwikkelende kaken. Verdwijnen zij voortijdig, dan verliezen zij hun functie in dit opzicht. Van bijzonder groot belang zijn in dit verband de achterste melkkiezen, die vanaf het tweede levensjaar tot het twaalfde dienst moeten doen. Het behoud hiervan is daarom van betekenis dat hij de eerste blijvende kies zes jaar lang belet naar voren te schuiven en aldus ook de groeiprikkel van deze in stand houdt. Wanneer men in aanmerking neemt dat bij een niet gering aantal kleuters deze melkkies na een paar jaar al ernstig aangeast is en pijn veroorzaakt, dan behoeft men zich over het lot van dit melkelement niet veel illusies te maken. Ontijdige extractie, soms zelfs al vóór de blijvende buurkies is doorgebroken, doet tevens de groeiprikkel te niet, om van daaruit voortvloeiend later ruimtegebrek niet te spreken. Daarover kunnen de orthodontisten een boekje open doen.

Om al die redenen is het behoud van deze tweede melkkies van essentiële waarde en uit sociaal-tandheelkundig oogpunt zal aan de conservering hiervan, los van andere overwegingen, veel meer aandacht moeten worden besteed dan tot nu toe het geval is. Dit geldt evenzeer na het tijdstip waarop het kind in de schooltandverzorging wordt opgenomen.

#### *Orthodontische behandeling*

De correctie van in het oog vallende onregelmatigheden van het gebit betreft in een groot deel der gevallen afwijkingen, die een gevolg zijn van vingerzuiggewoonten in de prille jeugd en ook nog wel jaren daarna worden voortgezet. Om zich te overtuigen van de aanzienlijke omvang van deze voor het gebit schadelijke gewoonte, behoeft men slechts in de openbare middelen van vervoer om zich heen te zien naar het gedrag van de kleuters in dat opzicht. Zij blijken ook overdag behoefte te hebben aan een of meer vingers in de mond.

De ongunstige werking op de kaak en de tanden van deze gewoonte vindt zijn verklaring in het feit dat het harde bot zeer gevoelig is voor zelfs zeer geringe druk als deze maar met een zekere regelmaat wordt uitgeoefend en herhaald. Vooruit staande boventanden en een teruggedrongen onderfront is de voor ieder zichtbare uitwerking.

Orthodontische behandelingen zijn langdurig en stellen overeenkomstige financiële eisen. De beste behandeling is dus het voorkomen ervan door de ouders te wijzen op het schadelijke effect van een gewoonte die zij doorgaans geen moeite doen te beletten of tegen te gaan. Ook hier zal duidelijke voorlichting van de verzekerden geboden zijn om de omvang van het kwaad en het probleem der sociale behandeling tot kleinere proporties terug te brengen.



### *Centrumbehandeling*

Thans een enkel woord over de controversie huisbehandeling/centrumbehandeling. Wanneer de tandheelkundige centra als exponenten van een sociaal gebitsverzorgingssysteem tot nog toe een bescheiden toename vertonen, dan zijn daarvoor enkele speciale redenen aan te wijzen. Het mag als bekend worden verondersteld dat de georganiseerde tandartsen de voorkeur geven aan de huisbehandeling. Dit is, blijkens de uitkomsten van een enquête onder de tandheelkundige studenten, ook bij hen het geval; op enkele uitzonderingen na geven zij de voorkeur aan zelfstandige werkzaamheid in een eigen praktijk boven een in dienstverband.

Dit kan op het eerste gezicht verwondering wekken, want het is algemeen bekend dat met het inrichten van een tandheelkundige praktijk in het huidige tijdsgewricht een belangrijke kapitaalsinvestering is gemoeid, waarvoor het verreweg de meeste jonge tandartsen aan de nodige middelen ontbreekt. Mocht dit vroeger, ook moreel, op vaak onoverkomelijke moeilijkheden stuiten, tegenwoordig is er het instituut der z.g. praktijkfinanciering, die de betreffende instellingen met ijver credieten doet verstrekken voor de noodzakelijke inrichting. De vroegere opvattingen, die het aangaan van financiële verplichtingen voor een dusdanig doel als zeer bezwarend deden gevoelen, heeft de moderne credietverlening mede geheel doen vervagen. Het gevolg hiervan is dat van een schuldenvrije werkzaamheid geen aantrekkelijkheid uitgaat. Naar de uitoefening der tandheelkunst als vrij beroep, zelfs onder de genoemde omstandigheden, gaat de algemene voorkeur uit, te verklaren zowel uit de gewijzigde mentaliteit als door de beschikbare financiële faciliteiten. Uiteraard speelt ook de algemene overtuiging der studenten met betrekking tot het tekort aan tandartsen ten deze een belangrijke rol. Het vertrouwen, in het opbouwen van een eigen praktijk te zullen slagen, doet de genoemde consequenties van een vestiging welgemoed aanvaarden.

Men zal wellicht opmerken dat de jonge tandarts zou kunnen beginnen met een deel van zijn nog onbezette tijd productief te maken door zich voor een aantal halve of hele dagen aan een centrum te verbinden. Het wil mij echter voorkomen dat een centrum zijn sociale taak alleen goed kan vervullen als het onder een daartoe bekwame leider beschikt over een aantal full-time medewerkers die, door hun uitsluitende werkkraft ter beschikking te stellen, de onmisbare teamgeest weten op te brengen. Van medewerkers, die slechts een deel van hun tijd en aandacht aan de centrumbehandeling besteden en bijgevolg ook elders belangen hebben, kan dit vanwege de tegenstelling tussen de beide posities niet zonder meer worden verwacht.

### *Toepassing van fluoriden*

Over de fluoridering van drinkwater als profylactische maatregel tot bestrijding van de vatbaarheid voor tandbederf is een aanbeveling in het kader der sociale tandheelkunde niet meer nodig; de waarde ervan is niet alleen in de Verenigde Staten maar ook in ons land door het experiment Tiel/Culemborg genoegzaam bewezen. Zij verhoogt het weerstandsvermogen van het tandglazuur

en wat zeer belangrijk is, het geschiedt bij *alle* kinderen in het gebied van de waterleiding zonder dat er verdere arbeid aan te pas komt.

Dit laatste geldt niet voor de fluor-profylaxe door middel van de plaatselijke aanwending van een fluoride-oplossing op het gebit, integendeel. Zij bestaat daarin dat bij elk kind afzonderlijk het gebit vooraf grondig moet worden gereinigd alvorens tot applicatie van het middel kan worden overgegaan. Met de zorgvuldigheid van de reiniging en verdere uitvoering staat en valt het effect. De werkwijze is bijgevolg nogal tijdrovend en dus arbeidsintensief. Zij is echter ook eentonig en leidt daardoor gemakkelijk bij de uitvoering tot een zekere verslapping en evenredig verlies aan zorgvuldigheid. Controle op dit laatste is nog al moeilijk. Fluoridering van het drinkwater verdient derhalve ook in dat opzicht verre de voorkeur.

Zou men de lokale applicatie bij de schooltandverzorging willen invoeren, in afwachting van de fluoridering van het leidingwater dan dient men terdege rekening te houden met de behoefte aan de daarvoor nodige hulpkrachten en de genoemde bezwaren. Het is dus de vraag of het te bereiken resultaat in overeenstemming moet worden geacht met de aanzienlijke kosten om als sociale maatregel te worden aanbevolen.

#### *Toelooptot de studie*

Er wordt in verband met de behoefte aan medewerkers bij de ziekenfondsbehandeling veel gesproken over het tekort aan tandartsen. Ondanks twijfel daaraan in bepaalde kringen bestaat overigens wel de overtuiging dat er in ons land nog plaats is voor een aanmerkelijk aantal boven de huidige bezetting.

Over belangstelling voor de opleiding kan zeker niet worden geklaagd. Voor het studiejaar hebben zich 295 gegadigden aangemeld, waarbij er officieel plaats is voor 220. Niettemin is men er in geslaagd bijna alle overigen ook onder te brengen bij de drie universiteiten waar de gelegenheid voor opleiding tot tandarts thans bestaat.

Er wordt wel de mening gehuldigd dat een verkorting van de studie de toeloopt zou bevorderen. Afgezien van het feit dat deze thans reeds de opnamecapaciteit overtreft, dient men bij de beoordeling van de studieduur rekening te houden met de studie-traditie. Zou men aan onze universiteiten de studenten kunnen opleggen steeds aanwezig te zijn op de uren voor praktische oefeningen en ontbreken zonder geldige reden niet gedogen, gelijk zulks in Amerika het geval is, dan ware een kortere opleidingstijd voor de tandheelkunde zeker mogelijk. Wij hebben, om de goede sfeer bij het onderwijs te handhaven, ons neer te leggen bij de traditionele opvatting dat de student het tempo van zijn studie niet van bovenaf krijgt opgelegd. De student in de V.S. neemt dat wel, vandaar de over het geheel kortere opleidingsduur.

#### *Slotconclusie*

Aan het eind van mijn beschouwing gekomen, meen ik mijn visie te hebben

gegeven op de onderscheidene aspecten van de gebitsverzorging in sociaal verband, waarop het mij dienstig scheen het licht te laten vallen.

In het kader der ziekenfondsverzekering is elk jaar ook met de tandheilkundige behandeling een aanzienlijk bedrag gemoeid, dat de tendens heeft voortdurend groter te worden. Teneinde de besteding daarvan zoveel mogelijk vrucht te doen afwerpen zal het gewenst zijn de daartoe strekkende voorlichting te geven, zomede een onderzoek in te stellen naar minder gunstige omstandigheden om met passende maatregelen de sociale gebitsvoorziening het meest efficiënt aan het doel te doen beantwoorden. Dat doel is, althans moet zijn: gebitsbehoud voor *iedere* verzekerde, die blijk geeft daarop prijs te stellen en getoond heeft er het offer voor te willen brengen dat van hem wordt verlangd.