

BEROEPSBELANGEN

NAAR AANLEIDING VAN EEN RAPPORT

De sociaal-tandheelkundige voorzieningen, die tijdens of kort na de Tweede Wereldoorlog in diverse West-Europese landen hun beslag kregen, hebben in en buiten de tandheelkundige wereld veel beroering teweeggebracht en – zoals ingewijden wel hadden voorzien – ook veel teleurstelling gebaard. De praktijk heeft genoegzaam uitgewezen dat zij niet aan het gestelde doel hebben beantwoord.

Natuurlijk is alles achteraf wel begrijpelijk. Vóór de oorlog was gebitssanering over het geheel genomen een voorrecht van de welgestelden. De grote groep van de financieel onvermogenen kwam er eenvoudig niet aan te pas. De vertegenwoordigers daarvan konden zich op basis van vrijwilligheid hoogstens verzekeren tegen „kiespijn”, hetgeen wilde zeggen dat de therapie gewoonlijk bestond in extractie.

Maar toen de maatschappij na de oorlog weer werd opgebouwd, toog men ook op het gebied van de sociale voorzieningen aan het werk, in de heilige, zij het wel wat lichtzinnige verwachting, dat de nieuwe maatregelen rijkelijk vrucht zouden dragen. In die hooggestemde mentaliteit, zo passend bij naoorlogse hervormingen, werden allerwegen stelsels van sociale tandheelkunde in het leven geroepen, die door hun grootse opzet wel moesten falen. Van de ene dag op de andere werden, bv. in Nederland nog tijdens de bezetting door het Ziekenfondsenbesluit van 1941, grote bevolkingsgroepen volgens een systeem van verplichte verzekering bij bestaande ziekenfondsen ingelijfd, met uitgebreide faciliteiten op het gebied van gebitssanering. Mede door een niet geheel op de realiteit afgestemde propaganda werden zodoende bij het publiek verwachtingen gewekt, die op geen stukken na konden worden gehonoreerd. Men had nl. in een wat voorbarig optimisme enkele belangrijke vertragende factoren over het hoofd gezien of althans niet voldoende in aanmerking genomen, in het bijzonder:

1. Het gebrek aan mankracht; het beschikbare aantal tandartsen was volstrekt niet bij machte, aan de plotseling sterk gestegen subjectieve (laat staan objectieve) behoefte te voldoen.
2. De aard van de aandoeningen, die het menselijk gebit op verschillende fronten bedreigen en de veelal ontoereikende curatieve middelen.

Het is dus niet te verwonderen dat de goedbedoelde pogingen om op deze wijze tot gebitssanering van de gehele bevolking te komen, aanleiding gaven tot grote teleurstellingen en conflicten. Hoe groter de bevolkingsgroepen, die in het verzekeringsstelsel werden betrokken, hoe slechter de resultaten. In Engeland, waar door de instelling van een National Health Service (1948) het systeem de gehele bevolking ging omvatten, ontstond een toestand die men zonder overdrijving chaotisch kan noemen.

In de welhaast twee decennia, die ons van het eind van de Tweede Wereldoorlog scheiden, heeft men dan ook verschillende pogingen in het werk gesteld om uit de impasse te geraken. Het gebrek aan mankracht tracht men te compenseren door uitbreiding van de mogelijkheden tot opleiding van tandartsen. Daarnaast zijn in diverse landen plannen in voorbereiding, resp. in uitvoering tot het kweken van vrouwelijke hulpkrachten. Hiervan kent men verschillende typen. De zg. schooltandverzorgsters, waarvoor o.a. in Londen een opleidingsinstituut bestaat, verwerven in een tweejarige cursus beperkte curatieve bevoegdheden, zodat zij voor een groot deel hun arbeidsterrein vinden in het herstellen van beginnende oclusale defecten, uiteraard voornamelijk in eerste blijvende molaren. Ook mogen zij met toepassing van plaatselijke verdoving melkelementen extraheren. Hun verdere werkzaamheden zijn van preventieve aard (tandsteen verwijderen, gebitsreiniging, adviezen inzake mondhygiëne, eventueel applicatie van fluoriden, etc.).

Doch tegen de instelling van deze „auxiliaries” bestaan van professionele zijde, o.a. in Nederland, ernstige bezwaren, die ten dele van principiële, ten dele van praktische aard zijn. Van principiële, omdat de afbakening van de bevoegdheid, gezien ook de aard van het cariësproces, moeilijkheden kan scheppen (de tandheekunde kent vanouds het probleem van de onbevoegde uitoefening maar al te goed!). Van praktische, omdat de onvermijdelijke supervisie op het werk van deze hulpkrachten nieuwe problemen aangaande de mankracht schept; immers de tandartsen, die met deze controle belast zijn, worden op hun beurt aan de curatieve arbeid onttrokken.

Een andere categorie van vrouwelijke hulpkrachten wordt gevormd door de zg. „dental hygienists”, wier werkzaamheden geheel op het gebied van de preventie liggen. In verschillende landen (o.a. de Verenigde Staten, Zweden) heeft men met deze hulpkrachten reeds zulke goede ervaringen opgedaan, dat de opleiding hiertoe ook in Nederland momenteel ernstig wordt overwogen. Herinnerd zij aan de artikelenreeks over het vraagstuk van de hulpkrachten, die in de loop van 1961 in dit Tijdschrift is verschenen.

Tot zover wat de maatregelen tot tegemoetkoming aan het gebrek aan mankracht betreft. Daarmee is het arsenaal van mogelijkheden om orde te brengen in de curatieve cariësbestrijding op sociaal-tandheekundig gebied nog niet geheel uitgeput. Men heeft wel ingezien dat opvoering van het aantal tandartsen, resp. hulpkrachten niet toereikend is. Zolang de fluoridering van drinkwater en andere preventieve maatregelen nog niet voldoende ruggesteun geven zal het nodig zijn zekere beperkingen in de therapeutische voorzieningen in acht te nemen. Dit nu kan geschieden door aan bepaalde bevolkingsgroepen prioriteit te verlenen en het spreekt wel vanzelf dat deze voorrang in de eerste plaats de jeugd toekomt. Het uitgebreide stelsel van schooltandheekundige diensten, dat sinds de veertiger jaren in de Europese landen is ontstaan, legt van dit streven getuigenis af, evenals – in mindere mate – de militair-tandheekundige instellingen, die een groot deel van de manlijke jeugd vanaf het negentiende levensjaar opvangen.

Hoe het zij, men doet zijn best om orde te scheppen in de chaos van de curatieve cariësbestrijding in sociaal verband, maar dat neemt niet weg, dat zulks slechts zeer beperkte resultaten oplevert. Om een voorbeeld te noemen: systematische verzorging van het kleutergebit is een ideaal, dat nog ver van effectuering verwijderd lijkt. De nog altijd voortschrijdende aanvalsdruk van het tandbederf, de geringe bereidheid van de grote massa der bevolking zich beperkingen op te leggen in het nuttigen van cariësbevorderende genotmiddelen, de hardleersheid van velen met betrekking tot eigen bijdrage in de gebitsverzorging in de vorm van een goede mondhygiëne, betekenen, met de tegenwerkende factoren die inherent zijn aan de tandheelkundige behandeling, nog altijd belangrijke hinderpalen op de weg naar het doel.

Deze problemen bestaan overal ter wereld, maar zij liggen in elk land, op grond van geografische gesteldheid, voedingsgewoonten, tandartsendichtheid, etc. weer anders. Er bestaat dus behoefte aan internationale uitwisseling van gedachten en ervaringen, ten einde daaruit nieuwe mogelijkheden te putten voor het eigen land. Natuurlijk geschiedt dit reeds op uitgebreide schaal in de bijeenkomsten van de overkoepelende organisatie: de *Fédération Dentaire Internationale*. Maar ook individueel wordt nu en dan nuttig werk verricht.

Dit blijkt uit een onlangs verschenen rapport van de hand van de oud-vice-voorzitter van de Ned. Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, collega N. A. K. M. VAN ERP, dirigerend tandarts van de Stichtingen Schooltandverzorging, District Tilburg en de Kempen en tandheelkundig adviseur van de Medische Dienst N.V. Philips. Daartoe in staat gesteld door de Council of Europe Medical Fellowships Selection Committee, bezocht hij in de loop van 1963 Zweden en Noorwegen, alsmede Engeland en Wales, ten einde zich te oriënteren over de in die landen bestaande toestanden op sociaal-tandheelkundig gebied. Zijn belangstelling ging daarbij in het bijzonder uit naar de schooltandheelkunde, de systematische kleuterverzorging, de preventieve maatregelen, het probleem van de mankracht en de inschakeling van verschillende soorten vrouwelijke hulpkrachten.

Collega VAN ERP, die door zijn jarenlange interesse en werkzaamheid op het gebied van de sociale tandheelkunde bij uitstek deskundig mag worden geacht, heeft in dit tweedelige rapport (het eerste betreft Zweden en Noorwegen, het tweede Engeland en Wales) zijn indrukken en ervaringen in zeer lezenswaardige vorm weergegeven.

In een slotbeschouwing trekt hij een vergelijking tussen de toestanden, die hij in de door hem bezochte gebieden aantrof. Het blijkt dat vooral in de Scandinavische landen en met name in Zweden op het gebied van de jeugdzorg onder deskundige leiding voortreffelijk curatief en preventief werk wordt verricht, waarover de schrijver zijn speciale bewondering uitspreekt. Zweden heeft dan ook verschillende factoren in zijn voordeel. Het is een land, dat van de Tweede Wereldoorlog nauwelijks geleden heeft, dat onuitputtelijke rijkdommen bevat en waar een grote welvaart heerst. Het wordt bestuurd door een regering, die

ten aanzien van de maatschappelijke ontwikkelingen progressieve opvattingen huldigt. Bovendien steekt de tandartsendichtheid (1 : 1.400) er, evenals in Noorwegen gunstig af bij landen als Engeland en Nederland. Des te meer treft het dat de autoriteiten (ook in Noorwegen) van oordeel zijn dat van een tekort aan tandartsen moet worden gesproken. En dit terwijl in beide landen 1 full-time schooltandarts op 600 à 800 kinderen een normale verhouding mag worden genoemd. Daarbij mag niet uit het oog worden verloren, dat zowel Zweden als Noorwegen zich mogen verheugen in het bezit van een groot aantal vrouwelijke collega's, een omstandigheid, waar de schooltandheelkundige diensten uiteraard profijt van kunnen trekken. Dit alles maakt het mogelijk dat zowel aan de Zweedse als aan de Noorse kinderen bijna volledige tandheelkundige verzorging kan worden geboden, dit in tegenstelling tot Engeland en Nederland, waar voor endodontische, orthodontische en mondheelkundige behandelingen een aanzienlijk aantal kinderen naar de huistandarts resp. de specialist moet worden verwezen. In Zweden is de pedodontie ook tot specialisme verheven: de schrijver stelt echter ter discussie of hier van een noodzakelijke behoefte kan worden gesproken. Ook op het gebied van de kleuterverzorging worden opmerkelijke prestaties verricht.

Vermeld zij nog dat de fluoridering van drinkwater in de beide Scandinavische landen geen vorderingen maakt. Alleen in Norrköping (Zw.) wordt een beperkt experiment verricht. Te dien aanzien bestaan blijkbaar in Zweden nog grote weerstanden, wat wel verwonderlijk is, omdat er daar te lande gebieden zijn, waar het water van nature meer dan 3 p.p.m. fluoride bevat, zonder dat dit ooit zelfs maar tot een merkbare mottling heeft geleid. Wèl neemt men er uitgebreide proeven met plaatselijke applicatie van fluoriden in verschillende vormen.

In Engeland is de situatie over het algemeen meer met die in Nederland vergelijkbaar. Gelijk bekend heeft men daar bijzondere aandacht voor verschillende typen van hulpkrachten: er worden o.a. schooltandverzorgsters opgeleid. Met betrekking tot dit onderwerp maakt de auteur ook behartigenswaardige opmerkingen.

Waar het in de bedoeling ligt dat in het Tandartsenblad een résumé van het rapport zal worden gepubliceerd, moge te dezer plaatse met bovenvermelde bijzonderheden worden volstaan. Het is te hopen dat veel Nederlandse collega's kennis zullen nemen van deze rustige, objectieve en daardoor alleen reeds waardevolle beschouwingen.

V.