

FEUILLETON

ENKELE INDRUKKEN VAN DE
TANDHEELKUNDIGE
VERZORGING IN FINLAND

MARTJE DE BOER

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde

Gedurende een bezoek aan Finland in augustus 1976 had ik de gelegenheid enkele gezondheidscentra voor zuigelingen en peuters te bezoeken en wel in Helsinki, Vuoskari en Rovaniemi. Sinds 1970 zijn voor deze centra tandartsen ingezet. Zij hebben afzonderlijke zitdagen, kunnen gebruik maken van het kaartstelsel, dat aangelegd is door de consultatiebureau-artsen en zij kunnen dus kennis nemen van de gegevens die daarop door de artsen zijn genoteerd. Wanneer de kinderen 6 maanden oud zijn, krijgen de ouders voor de eerste maal een oproep voor de tandarts, daarna nogmaals wanneer de kinderen 1, 1½ en 2 jaar oud zijn. Het consult bestaat uit een onderzoek van het gebit (wanneer cariës opgespoord wordt, wordt een afspraak gemaakt voor behandeling), een demonstratie over gebitshygiëne aan de hand van een fantoommodel en voorlichting over gezonde voeding en verstandig snoepen. Bovendien worden desgewenst gratis fluoridetabletten verschaft, terwijl gewezen wordt op gewoonten van het kind die een deformerende

invloed op het gebit kunnen hebben (b.v. zuiggewoonten op speen, duim of vinger). In deze centra wordt ook voorlichting gegeven aan toekomstige moeders. Na het tweede levensjaar worden de kinderen niet nog eens opgeroepen voor een gebitscontrole, maar bij het bezoek op tweejarige leeftijd wordt de ouders geadviseerd om zich als het 3 jaar oud is met het kind bij een centrum voor jeugdtandheelkunde te melden.

Sinds 1972 worden in tandheelkundige jeugdgezondheidscentra alle kinderen van 3 tot 17 jaar kosteloos behandeld. Aan deze jeugd-centra zijn ongeveer een derde van de in Finland praktiserende tandartsen verbonden. Zij werken 5 dagen per week en 7½ uur per dag, waarvan 6 uren aan klinisch werk besteed wordt (in de avonden oefenen sommigen nog particuliere praktijk uit, waarvoor zij moeten beschikken over een eigen ruimte en een eigen installatie). Personen boven de 17 jaar kunnen in tandheelkundige gemeenschapsgezondheidscentra behandeld worden. Zij betalen voor behandeling daar de helft van wat zij in de particuliere praktijk zouden moeten betalen (het honorarium in de particuliere praktijk wordt geadviseerd door de Finse tandartsenorganisatie en goedgekeurd door de 'National Board of Trade and Consumer Interests'). Er zijn enkele bedrijven die voorzieningen treffen voor de tandheelkundige zorg van hun werknemers; ook voor studenten, dienstplichtigen en gehandicapten zijn bepaalde tandheelkundige voorzieningen ge-

troffen. Uit de kosteloze behandeling voor 3- tot 17-jarigen blijkt, dat prioriteit wordt gegeven aan de jeugd. Verder kan worden meegedeeld, dat 40% van de tandheelkundige zorg in gezondheidscentra geschiedt en 60% in de particuliere praktijk. Eind 1975 bedroeg de tandartsenindex in Finland: 1 op 1400, met dien verstande dat de tandartsen-dichtheid in de grote steden 5 maal zo hoog is als op het platteland.

Omtrent de cariësfrequentie kan worden medegedeeld, dat het D.M.F.-cijfer voor 17-jarigen volgens de gegevens van eind 1975 15,1 bedraagt. Verder kan worden medegedeeld dat er in september 1976 300 vacatures bestonden bij de tandheelkundige gezondheidscentra. Om tenslotte een indruk te geven van de omvang van de jeugdtandverzorging in Finland het volgende. Het aantal 0-16-jarigen bedroeg in Finland in 1975: 1.179.035. Hiervan werd 64% onderzocht; van deze 64% had 72% tandheelkundige hulp nodig; van deze 72% werd 90% behandeld. Hierbij zij opgemerkt dat van de 36% niet onderzochte kinderen een gedeelte in een particuliere praktijk behandeld wordt. Cijfers hierover zijn nog niet gepubliceerd. Met dit kort verslag hoop ik u een indruk gegeven te hebben van de wijze waarop in Finland prioriteit wordt gegeven aan de behandeling van de jeugd.

November 1976. Adres: Dr. Martje de Boer,
Sorbonnelaan 16,
Utrecht.

UIT HET VERRE VERLEDEN

Trefwoorden: Historie

Wie uit belangstelling voor de geschiedenis van de tandheelkunde in Nederland, of – zo men wil – omdat hij niets beters te doen heeft, de jaargang 1916 van het Tijdschrift zo eens doorbladert, doet zeer gemengde indrukken op. Enerzijds wordt hij getroffen door verrassend modern-deskundig aandoende uitspraken, b.v. over het belang van de restauratieve behandeling van het melkgebit (Lind, pag. 42), anderzijds vindt hij bijdragen die naar vorm en inhoud sterk verouderd aandoen of waaruit blijkt dat de tandheelkunde in ons goede vaderland zestig jaar geleden nog een betrekkelijk weinig geacheveerde aangelegenheid was. Als hij echter een poging onderneemt, die indrukken voor de hedendaagse lezer vorm te geven – en daarmee als kroniekschrijver op te treden – dan mag hij met deze wat delicate materie wél voorzichtig wezen. Want van meet af aan ligt het gevaar op de loer dat hij – schrijvende in 1977 – zou vervallen in

een ironisch-superieure toon, waaruit al te duidelijk de tevredenheid over het thans op wetenschappelijk en technisch gebied bereikte peil – en dat is in zes decennia bepaald niet gering – naar voren zou komen. Hiervoor dient hij zich als amateur-historicus te hoeden door zich zoveel mogelijk in de toenmaals geldende opvattingen te verplaatsen. Geen gemakkelijke opgave, want het betreft een twee generaties achter ons liggende tijd, waarin alleen al door de geheel andere maatschappelijke toestanden en verhoudingen de tandheelkunde – zowel door haar beoefenaars als door buitenstaanders – met geheel andere ogen werd gezien dan thans. Zo is het mogelijk dat in het volgende situaties worden beschreven, die een zekere geringschatting voor het beroep suggereren en daarom voelt de auteur zich geroepen, bij voorbaat te verklaren, dat zulks al helemaal niet in de bedoeling ligt. Integendeel, veeleer gaat zijn respect uit naar de vooruitziende blik van verscheidene collega's van die dagen, wier opvattingen, o.a. over onderwijsvernieuwing, bij enkele medici ook wel gehoor vonden.

Zo'n zestig jaar geleden werd tandheelkunde immers in brede kring nog beschouwd als een doe-vak, ten bate van de nog zeer beperkte groep van hen, die zich de weelde van een regelmatige gebitsverzorging konden veroorloven en daar bovendien prijs op stelden. De wetenschappelijke belangstelling van ook haar prominente beoefenaars – allen tandartsen met een vrijwel uitsluitend particuliere praktijk – was nog voor het grootste deel gericht op de nauwgezette uitvoering van de onderscheidene technische verrichtingen. Van een medisch-biologische basisfilosofie kon maar in geringe mate worden gesproken, doch dat is de toenmalige tandartsen-practici niet als een tekortkoming aan te rekenen. Want het onderwijs in de tandheelkunde bleef, wat de medische aspecten betrof, naar moderne begrippen erg aan de oppervlakte. In de Faculteit der Geneeskunde te Utrecht – de enige universiteit in den lande waar de nodig geachte basisvakken werden onderwezen – stond het beroep ook niet bepaald hoog genoteerd in belangstelling en waardering. Waar bovendien de medische ba-

sisvakken, zoals cytologie, histologie, biochemie en pathologie bij wijze van spreken zelf nog in de kinderschoenen stonden, daar kon het niet anders of de kennis die de student voor zijn theoretisch-tandheelkundige examens werd geacht te moeten opbrengen, was summier te noemen. Zij was in elk geval weinig bevorderlijk voor zelfs maar een bescheiden ontwikkeling in de niettemin door velen begeerde richting. Het mag als bekend worden verondersteld dat de strijd om de hoogst noodzakelijke uitbreiding en verbetering van het onderwijs de professionele gemoederen tot na de Tweede Wereldoorlog heeft beziggehouden.

Hoe stond het trouwens met het aanzien van de beroepsgenoten in de wereld van die dagen? Stellig kon van een zekere emancipatie worden gesproken, getuige het feit dat de oude titel 'tandmeester' het veld had moeten ruimen voor die van 'tandarts'. Dat was in 1913 geschied, dus toen nog maar drie jaar geleden en er was in het parlement nogal wat over te doen geweest: zo erg van harte was daar die verandering nu ook weer niet gegaan (Buïfman, 1969). Niettemin mocht zij worden beschouwd als een bewijs van groeiende waardering voor het beroep en voor degenen die het beoefenden. Laatstgenoemde vormden overigens een in omvang nog maar beperkte groep. Het is ook niet waarschijnlijk dat deze 'statusverhoging' een overeenkomstige stimulans voor de publieke belangstelling ten aanzien van het beroep betekende. Maatschappelijk was de inbreng van de tandheelkunde nog niet indrukwekkend, maar dat is de tandartsen evenmin aan te rekenen: de tijd was er eenvoudig niet rijp voor. Het grote publiek zag het belang van maatregelen tot behoud van het natuurlijke gebit niet in, hoezeer sommige practici ook hun best deden dit begrip ingang te doen vinden. Zo kon van georganiseerde sociaal-tandheelkundige voorzieningen niet of nauwelijks worden gesproken. Weliswaar bestond al een goed ontwikkeld ziekenfondswezen, maar dat gold alleen geneeskundige behandeling. Voor de tandheelkunde was daarin nauwelijks plaats, of het moest in de vorm van een tamelijk primitieve bestrijding van kiespijn wezen.

Pogingen om daarin verbetering te brengen, stuitten vooralsnog op onbegrip. Zo had de Amsterdamsche Tandheelkundige Vereeniging (A.T.V.), in het bezit zijnde van een eigen Ziekenfondscommissie, al in 1912 – dus twee jaar vóór de oprichting van de Maatschappij – getracht, de tandheelkunde op een meer zinvolle wijze binnen de ziekenfondsen gestalte te geven. De toestand was nl. zó, dat de practici – en dan nog alleen in de grote steden – de gelegenheid werd geboden een overeen-

komst met de bestaande ziekenfondsen aan te gaan, op grond waarvan zij tegen een geringe vergoeding per jaar, de verzerken tandheelkundige hulp verleenden. Waar restauratieve en prothetische behandeling in die dagen geheel door de patiënten zelf moest worden bekostigd – zij het ook tegen een enigszins verlaagd particulier tarief – viel die voor zeer velen natuurlijk in de categorie onbetaalbare luxe en dus moest de hulp zich doorgaans beperken tot extractie. . . vaak nog zonder verdooving ook, want die werd evenmin gratis verstrekt.

Inmiddels hadden te Amsterdam sommige ziekenfondsen tandheelkundige poliklinieken opgericht, waaraan tandartsen waren verbonden voor enkele uren per week en tegen een vast honorarium. De patiënten moesten voor alle behandelingen, uitgezonderd extracties, volgens een vastgesteld matig tarief, een vergoeding aan het ziekenfonds betalen (Paërl, 1939). Maar van de positie van de aldus bij de sociale tandheelkunde betrokken beroepsgenoot krijgt men geen verheven indruk, als men leest:

'De verhouding van de tandartsen ten opzichte van de ziekenfondsdirectie was daarbij ene van ondergeschikt loondienaar. Hij had zich te houden aan bepaalde instructies, die niet bepaald eervol waren; bij iedereen patiënt moest als bewijs van aanwezigheid, door dezen telkens een briefje worden geteekend, dat dienen moest om het ziekenfondsbestuur van de werkzaamheid van den tandarts te overtuigen. Bovendien moest de huisdokter eerst nog het briefje van zijn handtekening voorzien, voor de patiënt naar den tandarts mocht gaan'. (Bruske, (Ned) Tijdschr Tandheelkd jan. 1921)

Geen wonder dus dat de animo tot deze vorm van medewerking niet erg groot was. Een bijdrage tot de oudedagsvoorziening mocht hij ook al niet worden genoemd, want een extractie of consult werd met ongeveer 9-14 cent gehonoreerd. Als dus op een ochtend 40 extracties waren verricht, wat geen uitzondering was, had men nog maar vier of vijf gulden vergaard. Een merkwaardige vorm van armenzorg! Alleen al uit dit simpele voorbeeld blijkt hoezeer de maatschappij is veranderd. Nu betroffen laatstgenoemde onthullingen weliswaar toestanden rond de eeuwwisseling, maar men mag gerust aannemen dat daar vijftien jaar later geen essentiële verbeteringen in waren gekomen. Omstreeks 1910 klaagden de tandheelkundige medewerkers over het geringe honorarium en de onvoldoende tijd, die voor de hulpverlening ter beschikking werden gesteld, zodat – aldus Bruske (1921) – 'conscientieuze collega's, wien het buitendien een gruwel was, als ondergeschikte behandeld te worden, hun post verlieten'. Voorals-

nog echter bleven de ziekenfondsen doof voor wat zij als 'inmenging in hun zaken' beschouwden. Hier lag dus voor de in 1914 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde al dadelijk een belangrijke taak, die zij ook met voortvarendheid aanpakte. De inmiddels benoemde commissaris van beroepsbelangen, collega Roeloffs (Utrecht), bracht in 1915 op de jaarvergadering te Arnhem verslag uit over een enquête, die onder de ziekenfondstandartsen was gehouden. Hieruit bleek dat in Nederland een kleine 100 tandartsen bereid waren, onder goede voorwaarden aan ziekenfondsleden hulp te verschaffen (ter oriëntering: het ledental van de Maatschappij bedroeg in 1915 al 185; tijdens de jaarvergadering van 1916 te Groningen bleek dit tot 256 te zijn gestegen). De toestanden in de ziekenfondsen waren echter overal even slecht als de hierboven voor Amsterdam geschetste. De taak van de Maatschappij op dit gebied was echter te moeilijker, omdat, aldus weer Bruske (1921):

'de positie van den tandarts en de tandheelkunde in de ziekenfondsen van zeer ondergeschikt belang was geacht. Zelfs in de afdelingsziekenfondsen der Ned. Mij. tot Bevordering der Geneeskunst werd de tandarts als ondergeschikte behandeld. De tandheelkunde zou, indien niet de noodige stappen bij Minister of Kamer tot resultaten zouden leiden, officieel, feitelijk en wettelijk, buiten de volksgezondheidsverzorging vallen.'

Men ziet hoe de tandheelkunde en haar beoefenaars in die dagen nog moesten opboksen tegen het feit dat zij noch door de overheid, noch door de medici, noch door de ziekenfondsdirecties voor vol werden aangezien. En nu kan men wel zeggen dat zij in 1916 voor de beoogde voorzieningen in sociaal verband niet het vereiste wetenschappelijke en technische peil hadden bereikt, maar dat staat nog te bezien. Vooreerst was de zgn. consumptiemaatschappij nog ver weg. Van een algemene welvaart kon in die oorlogsjaren nog in het geheel niet worden gesproken. Vooral de socio-economisch minder bedeelden waren gedwongen zeer sober te leven. Maar dat kwam het gebit ten goede: door het veel geringere suikerverbruik was er aanzienlijk minder cariës (en waarschijnlijk ook minder parodontale ontstekingen). Dat betekende dus een beduidend geringere objectieve behoefte, die een behoorlijke compensatie had kunnen betekenen voor het relatief geringe aantal practici. Verder ontbraken weliswaar tal van technische hulpmiddelen, die een verhoogde efficiency in de huidige praktijken mogelijk hebben gemaakt, maar men mag niet uit het oog verliezen dat deze mede debet zijn aan een sterke stijging van de

kosten der behandeling. Men kon indertijd naar verhouding veel goedkoper werken, zij het in minder snel tempo. Maar het is ook heel wel denkbaar dat met de komst van de vele automatisch werkende apparaten iets van het individuele 'vakmanschap' verloren is gegaan. Er was indertijd een betrekkelijk grote categorie van tandartsen, die met veel eenvoudiger middelen verbluffend goede en duurzame restauraties maakten. Dit alles doet vermoeden dat ook in 1916 op sociaal gebied best iets beters te bereiken zou zijn geweest, dan alleen kosteloze consulten en extracties. De tijd was er echter niet rijp voor.

Dit neemt niet weg, dat veel prominente vertegenwoordigers van het beroep intuïtief de weg die de tandheelkunde had te gaan, reeds scherp voor zich zagen en daarnaar handelden. Men denke slechts aan de pleidooien voor jeugdzorg van Witthaus (zie ook Ned Tijdschr Tandheelkd 78:121, maart 1971). Als altijd, wanneer men de geschiedenis van de tandheelkunde in Nederland bestudeert, dringt zich een gevoel van bewondering op voor het inzicht en de strijdvaardigheid, die de pioniers in jaren van onbegrip en daaruit voortvloeiende tegenstand aan de dag hebben gelegd. Dat onbegrip moet ook wel zijn gebleken uit het in 1915 verschenen, maar later teruggenomen ontwerp 'Ziektewet Treub-Lely', welks tandheelkundige merites in de ogen van de Maatschappij geen genade konden vinden. In haar Algemene Vergadering van 22 juni 1916 werden zij tenminste als ten enenmale ontoereikend afgewezen.

Het is duidelijk dat er toentertijd ook al wel ziekenfondsproblemen bestonden,

maar dat deze van geheel andere aard waren dan de tegenwoordige. Zij maakten op het grote publiek, dat van de term 'dental-mindedness' nog nooit had gehoord en dat zich door een goede mondverzorging ook geenszins kon onderscheiden, vermoedelijk heel weinig indruk. Er bestond bij de grote massa der bevolking nauwelijks behoefte aan maatregelen tot preventie van gebitsziekten of oog voor het belang van systematische controle van het gebit. Zij had ook wel andere zorgen: armoede, gebrek aan behoorlijk voedsel en menswaardig onderdak, ziekten (tuberculose maakte nog altijd veel slachtoffers) en kindersterfte. De aandacht voor gebitszorg kon pas opbloeien toen belangrijker noden waren geëlimineerd. Er waren maar betrekkelijk weinig tandartsen in Nederland, maar toch werd nooit van een tekort gesproken. Men hield immers slechts rekening met de subjectieve behoefte en die werd vrij afdoende gereguleerd door de financiële positie van de betrokkenen. Er kon dus in slechtere tijden best eens een teveel ontstaan . . .

Kortom, de tandartsen vormden rond 1916 nog een kleine, in de samenleving weinig opvallende en betrekkelijk geïsoleerde groep, waarvan men zich ternauwernood kon voorstellen dat haar zorgen en problemen de frontpagina's van de dagbladen ooit zouden halen. Dat gebeurde ook vrijwel nimmer. Het beroep was in die zin nu eenmaal niet spectaculair en dat hield ook verband met de nog betrekkelijk geringe kennis omtrent de oorzaken van de belangrijkste tandziekten. Natuurlijk kende men in beroepskring terdege de cariëstheorie van Miller, maar dat betrof een

hypothese, waarvan de geldigheid toen nog meer intuïtief werd aanvoeld, dan dat deze door de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek in voldoende mate werd geschraagd. Wat de parodontale aandoeningen betreft, hierover waren de begrippen, zacht gezegd, nog vrij ongedifferentieerd. De tandartsen lieten zich bij hun therapeutische maatregelen dus leiden door intuïtie en ervaring, alsmede – niet zelden – door persoonlijke overtuigingen. Hoe minder van een ziekte bekend is, hoe meer kans er is dat laatstgenoemde de werkelijkheid geweld aandoen. In elk geval konden zij tot even oeverloze als nutteloze discussies leiden, o.a. over het nut van bepaalde therapieën.

Onder de geschetste omstandigheden was de functie van het Tijdschrift uit de aard der zaak een geheel andere dan tegenwoordig. Het laat zich horen dat het in die lang vervlogen tijd het gehele terrein van wetenschappelijke en maatschappelijke activiteit nog gemakkelijk kon bestrijken, ook al omdat men elkaar in het beroep over en weer goed kende. En zo was het Tijdschrift als het ware vanzelfsprekend officieel orgaan van het toentertijd al in de rijpere jaren verkerende Genootschap (1881), de jeugdige Vereniging (1904) en de nog heel prille Maatschappij (1914). Dit betekende een in die dagen nog gewenste bundeling van informatie op vaak zeer uiteenlopend gebied, die tot 1945 zou voortduren. Uit de jaargangen van die periode krijgt men een niet onaardige indruk van wat de professionele gemoederen omstreeks zestig jaar geleden alzo bezighield.

(wordt vervolgd)