

the direction of Winkler dental research was initiated and on a large scale realized, and in these activities Backer Dirks played a major role. In practically all dental fields research of a good level has been developed. Dental research became recognized by University authorities and grant-funding agencies. Dutch

contributions formed a gradually increasing participation in international dental research activities. Different levels of scientific research are distinguished and explained. Relationships between the organization of research projects and the purposes are indicated. Methodological aspects and multidisciplinary

approaches are briefly mentioned. Finally the relationship between teaching, research and patient care are explained and the specific importance of research findings for the health of the population are indicated.

Philips van Leydenlaan 25,
Nijmegen.

HET FUNCTIONEREN VAN DE TANDARTS, TANDARTS-SPECIALIST EN TANDHEELKUNDIGE MEDEWERKERS IN DE SAMENLEVING*)

M. CASTELEIN

Voor iedereen die de titel van deze voordracht heeft gelezen en erover heeft nagedacht wat dit betekent, moet het duidelijk zijn dat hetgeen ik vandaag wil gaan zeggen lang niet kan dekken wat de aankondiging suggereert. Om in kort bestek ook maar een enigszins afgerond beeld te kunnen geven van het functioneren van de tandarts, de tandarts-specialist en de tandheelkundige medewerker, is natuurlijk een volstrekte illusie. Het enige wat ik kan trachten te doen is om een aantal – uiteraard zeer subjectief – verzamelde facetten van dit functioneren aan u voor te leggen, waarbij ik ervan uit ga dat dit facetten zullen zijn van een functioneren waarover discussie mogelijk is, of reeds is ontstaan. Ik hoop dat deze wijze van benadering niet al te teleurstellend zal zijn, maar eerder een aansporing zal vormen om verder door te denken over deze problemen opdat met gezamenlijke inspanning getracht kan worden het totale functioneren te analyseren. Men zal dan duidelijk vast moeten leggen – en liefst systematisch – waar de knelpunten liggen om daarna te concluderen wat moet worden gedaan om tot verbeteringen te komen.

noemde groepen, maar zal hoogstens hier en daar aangeven waar problemen zijn waaraan aandacht geschonken kan en eventueel moet worden. Ik hoop daarbij dat een ieder opgewekt kan worden tot actieve deelname aan de discussie over de toekomst. Uit ervaring weet ik dat niets verlammerend werkt op de ontplooiing van activiteiten wanneer steeds weer de indruk wordt gewekt dat alles wat ondernomen wordt alleen maar weerklank vindt bij een enkeling. Het zou aanbeveling verdienen dat de gehele professie te zamen met de bij het onderwijs werkzame collegae zich op deze problemen zou bezinnen.

Voordat we kunnen gaan spreken over het in de samenleving functioneren van de tandarts, wil ik u eerst nog enkele cijfers van de aantallen tandartsen geven vanaf 1900.

In deze tijden bestond het begrip tandartsentekort niet. Integendeel de meeste tandartsen wilden en konden meer patiënten behandelen dan zich aanboden. Er zijn veel collegae die zeer beeldend uit deze tijd kunnen vertellen.

De 170 tandartsen van 1902 waren

verdubbeld in 1917; verviervoudigd in 1927; verachtvoudigd in 1939; verzes-tienvoudigd in 1964; vertweeëndertig-voudigd in 1979 (\pm).

Als wij deze aantallen vergelijken en ons realiseren wat de toename is geweest, dan mogen we degenen die beleidsverantwoordelijkheid droegen voor de uitbreiding van het aantal opleidingen wel erkentelijk zijn want er werd iets groots verricht. Vanaf 1947 werden er in een hoog tempo, naast de opleiding in Utrecht, nog een viertal opleidingen in over het algemeen zeer goede behuizingen, met uitzondering van de V.U. en voorzien van de meest geavanceerde onderwijskundige hulpmiddelen geïnstalleerd. Het lijkt welhaast onmogelijk dat er nog meer had kunnen worden gepresteerd. De bij voortdurend op dit thema 'van meer opleidingsfaciliteiten' hamerende politici geven mijns inziens blijk van veel onbegrip voor de problemen of spreken alleen maar vanuit de visie de morrende achterban in bedwang te moeten houden. Dit alles is vrij kortzichtig. Waarom erkent men niet eerlijk dat meer opleidingsmogelijkheden niet mogelijk maar ook niet verstandig zijn vanuit het oogpunt van financiën, locatie, capabele onderwijskrachten en overcapaciteiten straks. Om nog maar niet te spreken van de lange tijdsduur die er noodgedwongen moet liggen tussen het moment van besluitvorming

Nogmaals beklemtoond – dit wordt beslist geen totaal-overzicht van het gehele functioneren van de drie ge-

*) Voordracht gehouden op vrijdag 30 september 1977, Jaarbeursgebouw, Utrecht ter gelegenheid van de viering Honderd Jaar Tandheelkundig Onderwijs in Nederland.

In 1900 waren er ca. 5.000.000 inw.; 169 tandartsen: ca. 1 per 30.000 inwoners.
In 1917 waren er ca. 6.600.000 inw., 351 tandartsen: ca. 1 per 18.700 inwoners.
In 1927 waren er ca. 7.500.000 inw., 658 tandartsen: ca. 1 per 11.400 inwoners.
In 1939 waren er ca. 8.700.000 inw., 1334 tandartsen: ca. 1 per 6.540 inwoners.

In 1952 waren er ca. 10.300.000 inw., 1.800 tandartsen: ca. 1 per 5.740 inw.
In 1964 waren er ca. 12.000.000 inw., 2.837 tandartsen: ca. 1 per 4.250 inw.
In 1977 zijn er ca. 13.800.000 inw., 5.000 tandartsen: ca. 1 per 2.800 inw.

tot het oprichten van een nieuwe subfaculteit en het moment van afleveren van het produkt tandarts. Mijns inziens kan de bestaande opleidingscapaciteit ruimschoots voorzien in het opleiden van het gewenste aantal tandartsen en zal misschien bij zorgvuldige studie en heroverweging van datgene wat tot nu toe als vaststaand werd aangenomen, blijken dat wij goed hebben gedaan. Enige jaren geleden heb ik er al eens op gewezen dat naar mijn mening een nieuwe studie zou moeten worden gemaakt van het probleem van de gewenste mankracht in de tandheelkunde. Ik ben die mening nog steeds toegedaan. Wat willen wij? Eén tandarts op 2000 inwoners of 1 tandarts op 1000 inwoners?

Als wij het eerste getal nastreven moeten we nu reeds plannen ter studieregeling maken. Mikken we op de tweede ratio dan hebben we meer tijd, hoewel de studie ook dan snel moet plaatsvinden. Een interessante vraag in het kader van de opvattingen over de tandartsendichtheid zou kunnen zijn of met een steeds vergroten van het aantal tandartsen een duidelijk betere gebitsgezondheid van de bevolking wordt bereikt of dat er op een bepaald moment geen verbetering meer optreedt. Heel voorzichtig zou men misschien mogen zeggen dat dit wel eens wat minder groot zou kunnen zijn dan vroeger wel eens werd gedacht. Dit omdat mij niet bekend is of in de landen met een veel grotere tandartsendichtheid de gebitsgezondheid in zijn algemeenheid zo bijzonder veel beter is. Het moet dan ook van het grootste belang worden geacht zeer nauwkeurig te overwegen wat voor Nederland de beste verhoudingen zullen zijn, waarbij aan de preventie en opvoering van de dental mindedness grote aandacht moet worden besteed.

Overleg tussen onderwijs en practici is hierbij een *conditio sine qua non* omdat alleen maar vanuit een zodanig overleg inspelen op de maatschappelijke evolutie mogelijk is. Een evolutie overigens die de laatste 15 jaren meer heeft betekend dan de daaraan voorafgaande 85 jaar. De doelstellin-

gen van het tandheelkundig onderwijs kunnen en moeten zo in overeenstemming worden gebracht met de maatschappelijke ontwikkelingen. Het toen en nu wederom aandringen op de studie van het mankracht probleem heeft het gevaar in zich misverstaan te worden, wat destijds ook ruimschoots is gebeurd. De bedoeling toen en nu was en is echter alleen maar om een aantal facetten, verbonden aan dit probleem, nauwkeurig op een rij te zetten. Daaruit kunnen dan conclusies worden getrokken, waarna dit kan resulteren in een aantal aanbevelingen. Het lijkt mij niet verantwoord dit alles op zijn beloop te laten en later misschien situaties te moeten aanvaarden welke niet zo gewenst lijken te zijn. De vraag kan nogmaals worden gesteld of een *steeds* toenemend aantal tandartsen bij gelijkblijvende bevolking ook werkelijk altijd een verbetering van de gebitsgezondheid met zich brengt, of dat heel andere wegen moeten worden bewandeld, waarbij bijv. te denken valt aan het opleiden van grotere aantallen mondhygiënist. Als het tandarts-examen eenmaal (met goed gevolg uiteraard) achter de rug is, dringt zich al zeer spoedig de vraag op wat er verder zal moeten worden gedaan. Vanzelfsprekend geldt dit niet in zo sterke mate voor diegenen die in militaire dienst moeten en nog enige tijd respijt krijgen alvorens te moeten beslissen.

De studie heeft echter géén mogelijkheden om ook voldoende aandacht te kunnen besteden aan een aantal vraagstukken die direct met het functioneren in relatie staan – en dan denk ik aan b.v. vestigingsvoorlichting, praktijkorganisatie, administratie, financiering, verzekeringen enz. om maar enkele te noemen. Dat de universiteit zich niet kan en wil bemoeien met bovengenoemde problemen is ook wel weer begrijpelijk en eigenlijk ook niet nodig, want de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft een bijzonder goed georganiseerd bemiddelingsbureau, juist mede ten dienste van deze pas-afgestudeerden ingesteld, dat eigenlijk op alle te bedenken vra-

gen wel een antwoord kan geven. Daarnaast kan het uiterst nuttige boekje 'Na het afstuderen, wat dan?', dat inmiddels al z'n 3e druk beleeft en ook door de Maatschappij wordt uitgegeven, zeer goede informatie verstrekken.

Daarnaast heb ik gezegd dat de tandartsenstudie een opleiding heeft gegeven om met meer of minder succes na kortere of langere tijd in de tandheelkundige gezondheidszorg te kunnen functioneren. Natuurlijk wordt daar met hart en ziel naar gestreefd, maar toch zal het soms niet zo gemakkelijk binnen ieders bereik liggen. Nu moeten we ook erkennen dat voor diegenen die pas afgestudeerd zijn, het zeker niet gemakkelijk moet worden geacht om in de zo buitengewoon ingewikkelde structuur van de tandheelkundige gezondheidszorg de weg te vinden, hierbij kan bovendien de vraag worden gesteld of een na-universitaire aanpassingsperiode in de vorm van een plichtjaar, te vervullen onder toezicht, alvorens op eigen benen te mogen staan, niet een grote verbetering zou betekenen. Het lijkt mij dat, zeker nu er een studieverkorting of al is ingevoerd, of voor de deur staat, deze gedachte zeker waard is heroverwogen te worden. Het zou wel eens kunnen blijken dat de eraan verbonden voordelen de nadelen verre overtreffen. In Denemarken zijn, voor zover bekend, voortreffelijke ervaringen met dit systeem opgedaan. Dat degenen, die eerst de militaire dienstplicht moeten vervullen, ondanks een frisse tegenzin, toch voordelen daarvan kunnen hebben, is iedere ingewijde bekend. Immers, de aanpassing aan het maatschappelijk functioneren kan dan op een rustige, niet veel energie vragende, wijze plaatsvinden, terwijl er ook voldoende tijd ter overdenking van het vraagstuk 'wat straks' overblijft.

Het lijkt mij juist nog even te wijzen (en dat past dan in het functioneren van de georganiseerde tandheelkunde) op de belangrijke functie die het bemiddelingsbureau vervult bij de spreiding van tandartsen over het land – zonder dwangmatig optreden.

Regering en Parlement geven nog al eens uiting aan hun bezorgdheid over dit spreidingsbeleid – en wij moeten erkennen dat er nog geen evenwichtige situatie is bereikt, maar toch mag er naar mijn mening gerechtvaardigd aan worden getwijfeld of overheidsingrijpen tot verbetering van de situatie kan en zal leiden. Voorlopig zijn wij van mening dat het bemiddelingsbureau de aangewezen instantie is om adviserend en zo mogelijk regulerend op te treden. Mocht ook de overheid zich met tandartsvestigingen willen gaan bemoeien, dan zal deze naar mijn mening nooit verder kunnen gaan dan voor sommige gebieden in het land waar de tandarts/patiëntratio zeer gunstig is, te bepalen dat daar voorlopig geen nieuwe vestigingen kunnen plaatsvinden. Het functioneren van tandartsen in de samenleving kan op velerlei wijzen worden benaderd, waarbij het natuurlijk ook van belang is wat de tandarts zelf vindt van dat functioneren en in de loop van dit verhaal zal ook daaraan enige aandacht worden besteed. Daar de terreinen vaak niet scherp af te bakenen zijn, zal het vaak niet expliciet als zodanig worden aangeduid.

Vanuit vele contacten in verleden en heden met collegae is mij gebleken dat de meesten – en waarschijnlijk veelal terecht – in de veronderstelling leven dat ze gelukkig kunnen zijn met de goede relaties die in de eigen praktijk met de patiënten zijn opgebouwd. Ik geloof daarin zeer sterk en zal zeker duidelijk aandacht hiervoor vragen. Het is echter ook niet te miskennen dat desondanks, de pers nog weleens meent naar aanleiding van een enkel voorval onredelijke generaliserende aanvallen op de gehele beroepsgemeenschap te moeten doen. Dit nu blijft zeer te betreuren, want we zullen het met elkaar eens kunnen zijn dat, misschien op een enkeling na, de tandartsen voortreffelijk functioneren in de samenleving en vaak alleen maar ten koste van grote extra inspanning en roofofbouw plegend op hun fysiek, de vraag naar tandheelkundige hulp trachten te beantwoorden. Men zou er begrip voor

moeten hebben dat er dan wel iets mis kan gaan, waarbij dan niet direct noodzakelijkerwijs de gehele groep in een slecht daglicht behoeft te worden geplaatst.

De relatie tussen mensen – en dat geldt ook in hoge mate voor de patiënt/tandartsverhouding – vindt en moet zijn basis vinden in het wederzijds vertrouwen. Deze basis is een groot goed en we zullen altijd alles in het werk moeten stellen om hieraan tegemoet te komen en er voor te zorgen dat dit vertrouwen niet wordt beschaamd. Immers, de vaak hulpeloze, eigenlijk van niets wetende, patiënt, moet zich toevertrouwen aan de tandarts, zonder ook maar in de verste verte in staat te zijn mee te oordelen over de oplossingen van zijn probleem. Daarom: handel altijd in overeenstemming met dit gegeven vertrouwen. Probeer het niet te beschamen. Geef de patiënt ook het vertrouwen dat de zakelijke kant van het overeengekomene naar behoren wordt afgewerkt. Nu lijkt het mij toch onjuist nogmaals te benadrukken dat het aan de behandeling voorafgaande gesprek voor beide partijen duidelijk is en tot geen misverstanden aanleiding kan geven. Hanteer bij de honorariumbepalingen ook normen die duidelijk vastliggen. Ik denk dan aan de C.O.B.I.T.-tarieven. De ervaring leert dan dat er niet zoveel teleurstellingen te verwerken zijn. Dat ik speciaal hierop extra de aandacht wil vestigen zal duidelijk zijn. Immers, de meeste storingen in de relatie tandarts-patiënt komen voor in het financiële vlak en ook de meeste klachten – ingediend bij de daartoe in het leven geroepen organen – liggen op dit gebied. Daarnaast komen ook nog klachten voor die handelen over het optreden van de tandarts, terwijl in toenemende mate klachten worden ingediend naar aanleiding van uitlatingen van de nieuwe tandarts over gedane of niet gedane behandelingen van de vroegere tandarts.

Voor tandartsen en patiënten is het meestal storend dat de verschillen in indicatiestelling tot een zodanige vorm uitgroeien dat de patiënt er

totaal geen raad meer mee weet, wat dan weer aanleiding is tot generaliserende uitspraken over de gehele professie. Ik doel hierbij vooral op die gevallen waar een patiënt door verandering van tandarts plotseling wordt geconfronteerd met een behandelplan, totaal afwijkend van datgene wat hij/zij gewend was van de eigen tandarts. Meestentijds houdt dit ook in dat de financiële consequenties aan de behandeling verbonden, nogal plegen af te wijken van datgene waar de patiënt mee vertrouwd was geraakt. Als er dan tevens nog kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de kwaliteit van de ondergane behandeling, is de verwarring compleet en zou het tandartsimago een deuk kunnen oplopen. Ik ben verklaard tegenstander van zoiets en zou niets liever willen dan dat een ieder in de toekomst de nodige zorgvuldigheid betracht om deze ontwikkelingen te voorkomen. U kunt, alvorens uitspraken te doen over de kwaliteit van het werk van de voorganger – beter eerst met hem in contact treden om wat achtergrondinformatie over de patiënt te ontvangen waarbij tevens inzicht kan worden verkregen over de materiële omstandigheden van waaruit bepaalde voorstellen van behandeling wel of niet aanvaardbaar waren. Iedereen moet bij dit alles natuurlijk wel bedenken dat als we verbeteringen in de zojuist geschetste gang van zaken kunnen brengen, dat ook deze belangrijk zullen bijdragen tot de verbetering van het imago van de tandarts.

Het is toch eigenlijk te gek dat we maar al te vaak bezig zijn de poten onder onze eigen stoel vandaan te zagen. Laten we met elkaar afspreken dat vanaf nu, zo weinig mogelijk, aanleiding wordt gegeven om de groep als geheel te beoordelen en vaak te veroordelen op basis van het misschien soms excessieve gedrag van de enkeling. Gelukkig staat hier tegenover dat ook uit veel commentaar een welwillende geneigdheid blijkt met groot respect over de groep tandartsen te oordelen.

Een ander aspect van, ik zou haast

zeggen, volksonbehagen ten opzichte van de tandartsen als groep, is de veelal nogal overdreven gedachte over de hoogte van het inkomen. Het zou te ver voeren in het kader van deze voordracht hierop dieper in te gaan en daarnaast ook teveel vooruitlopen op de ingestelde inkomensquête. Mijn overtuiging is echter dat straks zal blijken dat de algemeen heersende overtuiging dat tandartsen veel, respectievelijk te veel, verdienen, ongegrond is. Als dan daaruit zou kunnen resulteren dat wij als groep ook wat dit betreft met andere ogen worden gezien, dan zou ook dat de algemene verhoudingen alleen maar ten goede kunnen komen.

Hoewel als bekend mag worden verondersteld dat de algemeen-practicus alleen maar ten koste van zeer intensieve arbeidsinspanning de vraag naar tandheelkundige hulp enigszins kan opvangen wil ik toch voor één speciaal facet daarvan ook nog in het bijzonder uw aandacht vragen. Dat is namelijk daar waar op hem/haar een beroep wordt gedaan eerste hulp te verlenen, waaronder ik nu ook wil verstaan die gevallen, die misschien wel mede door eigen schuld deze eerste hulp nodig hebben. Het lijkt mij dat ook deze functie een heel belangrijke is welke evenwel door velerlei oorzaken wel eens verdrongen dreigt te raken. Tevens dient U hierbij te beseffen dat dit weer zo'n deel van het functioneren betreft, waaromtrent – als er iets niet helemaal klopt – gauw beoordeling van de gehele beroepsgroep plaatsvindt, wat vaak tevens een veroordeling inhoudt.

Soms zijn we erg kwetsbaar gebleken in het vervullen van de eerste hulp-functie. Hierdoor zijn er ook bij de bevolking verhalen geïntroduceerd waarbij steeds weer naar voren komt dat bij min of meer ernstige pijnklachten niet dezelfde dag hulp werd verleend. U kunt zelf wel meer variaties op dit thema bedenken, want het zijn er vele. Nu zou het nog tot daaraan toe zijn als dit alleen dan maar in de kleine kring van de direct betrokkenen circuleerde, maar U

weet dat dit niet gebeurt, maar dat het binnen de kortste keren gemeengoed is, waarbij iedereen meent een bijdrage aan de discussie te moeten leveren.

Het moet een ieder van U volkomen duidelijk zijn dat een van de eerste taken van de professie behoort te zijn zoveel als maar enigszins mogelijk – en de mogelijkheden zijn vaak groter dan U denkt – ervoor zorg te dragen dat er een goede opvangregeling voor acute gevallen bestaat daar de patiënt, die in ons handelen centraal dient te staan er recht op heeft en we bovendien anders wederom blootgesteld worden aan kritiek op ons niet-handelen. De publiciteit – en dat kan geacht worden te behoren tot haar taak – maakt zich meester van het geval en blaast het op, soms tot onwaarschijnlijke grootte, waarna er vaak weer als afgeleiden daarvan aanvallen op de gehele groep plaatsvinden.

Wij zullen met elkaar een systeem moeten bedenken waardoor klachten van patiënten die in dit hoofdstuk thuishoren, dezelfde dag worden opgelost. Het gaat niet aan om tegen een patiënt met daverende pijn te zeggen dat er over enige dagen naar gekeken kan worden. We zullen ons erop moeten instellen dat we in dit soort gevallen geen argumenten voor *niet* behandelen mogen hanteren. Uit ervaring weet ik dat, als er een mogelijkheid is om, of aan het eind van de dag, of in een combinatie met een aantal collegae dit probleem te bestrijden, de persoonlijke belasting – natuurlijk ook wel weer afhankelijk van de grootte van de combinatie – tot een minimum is terug te brengen. Het zou voor veel collegae een bijzonder goede ontwikkeling zijn als er wat meer in onderling contact afspraken werden gemaakt om bijvoorbeeld bij toerbeurt dagdienst te doen voor spoedgevallen, waarbij mij een groep van 5 collegae het minimum lijkt voor die streken waar een weekenddienstregeling bestaat en waarschijnlijk 7 of 8 waar deze regeling niet is, maar op deze manier zou kunnen ontstaan. De 8 heeft het voordeel dat

men dan steeds een dag in de week opschuift. In deze groep kunnen afspraken worden gemaakt om bij toerbeurt dagdienst te doen voor spoedgevallen, waarvoor degene, belast met de dienst, dan aan het eind van de werkdag enige tijd kan reserveren. Dit alles is van minder belang in die gebieden waar een avonddienst functioneert omdat deze dienst natuurlijk mede bewerkstelligt dat mensen in nood nog dezelfde dag hulp kunnen vinden. Een gevaar daarbij is wel dat er mensen zijn die het dusdanig gemakkelijk vinden dat er 's avonds behandelmogelijkheden zijn, dat ze daar dan weer misbruik van gaan maken.

Haast onverbrekkelijk verbonden met de gedachte over de instelling van een avonddienst, lijken mij de regelingen van een weekenddienst, hoewel ik er begrip voor kan opbrengen dat er regionaal nogal wat verschillen zijn. Het is bekend dat in dit opzicht aan regelingen in een grote havenstad als Rotterdam heel andere eisen zullen worden gesteld dan aan die van het platteland en Friesland. We zullen zeer zorgvuldig op de oplossing van dit probleem moeten studeren en ons onze eigen verantwoordelijkheid bewust moeten zijn. Teveel werd er vroeger van uitgegaan dat er wel anderen in de medische zorgverlening (huisartsen en ziekenhuizen) zijn die konden en wilden ingrijpen op momenten dat tandartsen niet bereikbaar, respectievelijk beschikbaar waren. Deze opvatting echter heeft er in een aantal gevallen mede toe kunnen leiden dat tandartsen eigenlijk niet acceptabel werden geacht om in die kringen te worden opgenomen. Het verwijt dat dan gemaakt werd lijkt terecht te zijn en het is dus zaak om in de toekomst de regelingen met betrekking tot deze problemen waterdicht te maken.

Als wij een ogenblik stilstaan bij het verstrekkingspakket dat in de ziekenfondssector geldt, dan zullen we het met elkaar betreuren dat dit het enige gebied in de gezondheidszorg is waarin een grote beperking is inge-

voerd en dat veel tandheelkundig kennen en kunnen in deze sector niet kan worden toegepast. Met dien verstande althans dat de financiële consequenties van handelen buiten het genoemde pakket geheel voor rekening van de patiënt komen. Ten tijde van de invoering van het ziekenfondspakket waren – nu geheel achterhaalde – opvattingen er mede oorzaak van dat men genoeg heeft genomen met deze beperkte hulpverlening. Ondanks veel pogingen daartoe zijn we er nog steeds niet in geslaagd om hierin veel wezenlijks te verbeteren. Er rijst wel twijfel of de tandheelkunde wel bij alle betrokkenen de prioriteit krijgt die wij menen dat haar toekomt. De indruk wordt gewekt dat er van een stiefmoederlijke houding ten opzichte van de tandheelkunde sprake is.

In 1974 evenwel is wat betreft 13-jarigen bovengenoemd systeem doorbroken met de invoering van het plan integrale tandheelkunde voor deze leeftijdsgroep. Een geweldige mogelijkheid werd hierbij geopend om de tandheelkunde volgens de meest ideale gedachten te brengen, ware het niet dat door een te groot formalisme met teveel aan administratie de regeling voor velen van ons onuitvoerbaar blijkt. Jammer. Om verbetering in de ziekenfondsverstrekkingen te krijgen kan gestreefd worden naar:

- een veel groter accent op de preventie;
- de motivatie van de patiënt mee te laten spreken bij de bepaling van zijn rechten;
- budgetvergroting waardoor meer verstrekkingen kunnen worden opgenomen.

Reeds eerder heb ik betoogd dat de ontwikkeling van de mankracht naar mijn mening een zodanige is dat we de in het rapport-Mahler aangegeven ratio 1 op 2000 inwoners snel zullen hebben bereikt (1986-87) en dat er – daarvan uitgaande – zeker mogelijkheden aanwezig zijn het aan ziekenfondsverzekerden te verstrekken pakket geleidelijk aan uit te bouwen zodat straks van volledig verantwoor-

de hulpverleningsmogelijkheden in deze sector kan worden besproken. Maar dan zullen overheid, ziekenfondsen en professie elkaar tijdig moeten vinden om de planning te kunnen bespreken welke is vereist om straks niet in levensgrote moeilijkheden ten onder te gaan. Idealiter gezien zou dan iedereen voor volledige hulp in aanmerking moeten kunnen komen, natuurlijk wel met de restrictie dat het gemotiveerd-zijn moet blijken en de indicatie duidelijk is.

Bij de behandeling van particuliere patiënten rijzen ook nog wel problemen daar waar de behandelend tandarts alleen maar behandelingsvoorstellen doet die voor de patiënt om financiële of andere redenen niet acceptabel zijn en niet bereid is te onderzoeken of er nog alternatieven kunnen worden aangedragen die voor de patiënt meer aanvaardbaar zijn. In deze gevallen zou ik in het algemeen de tandarts in zijn opstelling niet willen volgen.

De patiënt heeft er zeker recht op mede te beslissen over de aard en financiële omvang van de behandeling. Het is te hopen dat dit probleem op basis van onderling overleg uit de wereld kan worden geruimd.

De Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft zich de laatste jaren vele malen door middel van resoluties publiekelijk uitgesproken. In mei 1968 werd in een aantal conclusies van het rapport Mahler vastgelegd dat veel aandacht moest worden geschonken aan algemene preventieve maatregelen zoals DWF en tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, terwijl toen ook al werd gepleit voor uitbreiding van curatieve mogelijkheden en de prioriteit voor de jeugd nog extra werd beklemtoond. Eigenlijk zijn dit allemaal nog steeds zaken die actueel zijn en waar nog maar te weinig van gerealiseerd is. Jammer dat alles zo verschrikkelijk lang moet duren.

Een van de belangrijkste tegenslagen bij het preventief denken en handelen was wel het verbod tot fluoridering van het drinkwater, waar ik nu zeker

niet nog eens nader op wil ingaan maar dat in zijn consequenties ons vele, vele jaren achterop heeft gebracht.

Aan tal van zaken is nog geen aandacht besteed kunnen worden. Zonder naar volledigheid te streven noem ik enkele:

- het probleem van het P.A.O. dat noodzakelijkerwijs en goed georganiseerd van de grond moet komen;
- het nog niet algemeen verzekeraar zijn van tandheelkundige hulp (vgl. I.Z.A.-regelingen en politiefonds);
- nader ingaan op prioriteit voor de jeugd (dit zal echter wel uitvoerig aandacht krijgen bij de behandeling van het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid);
- mogelijkheden van cursussen voor: dirigerend tandartsen, groepspraktijkleiders, adviserend tandartsen, schooltandartsen enz.;
- tandartsen in dienst gezondheidscentrum;
- groepspraktijken;
- opvang angstige patiënt;
- tandartsenbereidheid tot het maken van protheses;
- ontwikkelingen in de E.E.G. en de toekomst hiervan.

Als wij dan nu aandacht gaan besteden aan het functioneren van de tandheelkundige specialist in onze samenleving dan lijkt het voor de hand te liggen als eerste specialisme binnen de tandheelkunde te kijken naar de dento-maxillaire orthopaedie. Immers, in 1953 werd dit specialisme als eerste erkend. Tot dan toe werd alleen als onderdeel van de studie voor tandarts onderwijs gegeven in de orthodontie en voor velen was dit toch een situatie waarbij men zich ging afvragen of de door zelfstudie of studieclubs gebleken mogelijkheden tot verdieping en verbreding van inzichten, niet een specialisatie tot gevolg zou moeten hebben. Door de grote toename van de vraag naar orthodontische hulp werd tevens voor velen de vraag 'hoe verleen ik de meest optimale hulp' zeer urgent.

Mede door de wetswijziging van 1947

kon een specialisatiecommissie binnenvan de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde worden ingesteld, waarbij vooral door het inspirerend werk van Bijlstra reeds in 1952 goedkeuring voor de geformuleerde voorstellen werd verkregen van de Algemene Vergadering van de Maatschappij.

De opleidingsduur werd van aanvankelijk twee jaar, uiteindelijk in 1968 op vier jaar gebracht terwijl toen tevens een, door de gezamenlijke Nederlandse hoogleraren opgesteld, basisprogramma voor de opleiding tot specialist in de Dento-maxillaire Orthopaedie tot stand kwam.

Het zal duidelijk zijn dat deze ontwikkelingen een bijzonder goede invloed hadden op het onderwijs in de Orthodontie van de tandartsopleiding, doordat specialisten bij de tandartsopleidingen werden betrokken, terwijl tevens de behandelmogelijkheden optimaal werden. Dat men er in 1968 tevens in is geslaagd de orthodontische hulp in het ziekenfondspakket ingevoerd te krijgen was wederom een heugelijk feit, daar hierdoor het belang van de hulp werd onderstreept en brede lagen van de bevolking ervoor in aanmerking konden komen.

Reeds vele jaren wordt in gesprekken met de particuliere ziektekostenverzekeraars getracht om de orthodontische hulpverlening ook hier in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen te krijgen. Bij een aantal is dit gelukt maar een groot - en mijns inziens te groot - aantal verzekeraars is tot nu toe niet te bewegen geweest deze stap te zetten. Dit is niet de plaats en het tijdstip om hierop dieper in te gaan, maar dat dit mogelijk en wenselijk is zou een ieder moeten kunnen begrijpen.

Het is jammer te moeten constateren dat het aantal specialisten in de Dento-maxillaire Orthopaedie nog steeds niet groot genoeg is om aan de vraag naar hulp te kunnen voldoen omdat vanuit de praktijk blijkt dat daar waar specialisten zijn, de algemeen-practicus, vaak mede gedwongen door zware belasting op alle punten, deze hulp-

verlening overdraagt aan de specialist. Het streven van enkelen evenwel vanuit de specialistengroep om de kennis van studenten in de tandheelkunde van dit onderdeel tot een minimum te beperken en de aanstaande tandarts niet verder op te leiden dan dat hij/zij kan verwijzen, lijkt volledig onjuist te zijn en is dit in mijn ogen zeer zeker. De toekomst zal wel uitwijzen dat de interesse voor de orthodontie zal toenemen en dat meer jonge collegae met een goede theoretische en praktische kennis toegerust, in dit onderdeel van de tandheelkunde een deel van hun maatschappelijk functioneren willen zien zonder direct de consequenties van een specialisme te willen aangaan. Het zal bovendien moeten worden erkend dat er ook veel praktische bezwaren zullen rijzen als niet ook de algemeen-practicus in staat is orthodontische hulp te verschaffen, althans in die gevallen waar voor de behandeling wel goede gedegen, maar nog geen specialistische kennis is vereist.

Jongstleden januari was het aantal specialisten in de praktijk 94 en waren er in totaal 119, terwijl er 47 in opleiding waren. Als ik afga op eigen ervaring dan blijkt ook hier dat er in sommige streken van het land van duidelijke onderbezetting sprake is en dat de patiëntjes soms te lang moeten wachten op een behandelmogelijkheid.

De indruk wordt gewekt dat de naar de orthodontist verwijzende algemeen-practicus meer aandacht zou kunnen besteden aan de motivatie van het patiëntje maar vooral van de ouders. Nog maar al te vaak blijkt dat hieraan te veel ontbreekt om succes van de behandeling te mogen verwachten. Wij zullen ons ervoor moeten inzetten hierin verbetering te brengen.

Ik heb de indruk dat de in Nederland verleende orthodontische hulp van hoge kwaliteit is en in competitie kan treden met de meeste landen waar deze hulp in gespecialiseerde vorm wordt verstrekt. In 1956 werd het specialisme Mondheelkunde en Chirurgische prothetiek door de Neder-

landsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde erkend nadat reeds in 1955 het register van de mondartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst was gesloten. Omdat voor inschrijving in dit register eigenlijk geen omschrijving, noch opleidingsmogelijkheden en opleidingseisen goed waren vastgelegd. Mondartsen waren artsen die de tandheelkundige praktijk uitoefenden. Er zijn landen in Europa waar deze situatie nog bestaat. De opleidingsduur voor dit specialisme werd van meet af aan gesteld op 4 jaar en is dat heden ten dage nog. Doordat in 1947 de tandarts werd toegelaten tot de tandheelkunde in volle omvang, hetgeen inhield dat de eigen verantwoordelijkheid plus het eigen kennen en kunnen zijn beperkingen aangaven, was dit het terrein van de tandheelkunde waar het meest in contact kon worden getreden met medische specialisten als aanvulling op de eigen diagnostiek. Daarenboven werd het specialisme Mondheelkunde bijna uitsluitend in ziekenhuizen beoefend, waardoor vele en nauwe contacten met de andere, daar werkzame, specialisten ontstonden en dus ook met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Natuurlijk kan men dan ook verwachten dat er wel eens verschil van mening bestaat. Gelukkig zijn die gevallen (het waren er maar enkele) goed opgelost door daartoe ingestelde commissies, terwijl nu een permanente adviescommissie een waakzaam oog houdt op de ontwikkelingen. Pas in 1918 werd een docent in de Mondheelkunde diagnostiek en Chirurgie te Utrecht benoemd die later, in 1932, werd opgevolgd door Tjebbes. In 1928 werd Hut in de staf van de afdeling Algemene Heelkunde opgenomen om onderwijs aan medische studenten te geven in de Mondheelkundige Diagnostiek en Chirurgie. Hoogleraar werd Hut in 1947 en vooral dankzij hem en enkele van zijn assistenten kon in 1956 het specialisme worden erkend.

In Nederland is men algemeen van

gedachte dat de opleiding voor dit specialisme van tandarts naar tandarts-kaakchirurg een volledig logische is, maar in enkele andere landen denkt men nog steeds en misschien wel weer in versterkte mate aan de dubbelkwalificatie van arts en tandarts als vereiste voor het specialisme Mondziekten en Kaakchirurgie, welke benaming in 1975 voor de vroeger gebruikte in de plaats werd gesteld. Vanuit eigen waarneming is het mij bekend dat de professionele standing hoog is en dat de nationale en internationale wetenschappelijke inbreng alom erkenning geniet van de beoefenaren van dit specialisme.

De tandarts-kaakchirurg bewijst voortreffelijke diensten vooral daar waar het chirurgische kennen en kunnen van de algemeen-practicus deze voor grote problemen stelt. Vanuit de dagelijkse praktijk zijn vooral de mogelijkheden om derde molaren en door middel van apexresecties apicale (peri)ostitis te behandelen, bijzonder waardevol. Het lijkt nu gezond gedacht om vooral te willen waken tegen te ongemotiveerde verwijzing, waar kennelijk hier of elders nog wel eens onaangename ervaringen mee zijn opgedaan. Dat de daareven door mij genoemde ingrepen van verwijdering van derde molaren en apexresecties het overgrote deel van de behandelingen van de in dit specialisme werkzame collegae uitmaakt, is een bewezen feit en dit zal ook in de toekomst wel zo blijven. Ook voor dit specialisme geldt wat voor de algemeen-practici reeds werd beoogd, dat een behoefte-onderzoek kan aantonen wat van de opleidingen verwacht mag worden ten aanzien van het aantal specialisten. Het gevaar lijkt niet denkbeeldig dat zonder zorgvuldige planning een situatie kan ontstaan waarbij, vergelijkbaar met een land als Amerika, de werkzaamheden van de specialist Mondheekunde zich meer en meer in de richting van de exodontie gaan bewegen en dit nu lijkt mij niet in het belang van de specialisten zelf noch van de algemeen-practici. Ik kan me voorstellen dat naar aanleiding van de te verrich-

ten studie over de toekomstige behoefte aan specialisten Mondziekten en Kaakchirurgie tot een daarop aangepaste opleidingscapaciteit kan worden gekomen. De instelling van dit specialisme heeft er toe bijgedragen dat de tandartsopleiding ook hiervan heeft kunnen profiteren door het betrekken van deze specialisten bij de opleiding. Naar veler mening is er binnen de tandheekunde geen behoefte aan meer specialisaties dan de genoemde Dento-maxillaire Orthopaedie en Mondziekten en Kaakchirurgie. Een aanwijzing hierbij kan zeker ook zijn dat, zonder dat het direct noodzakelijk is over te gaan tot het instellen van een specialisme, het in de tandheekunde zeker mogelijk is om als hobbyist in een bepaald deelgebied van de tandheekunde werkzaam te zijn.

Zoals tot nu toe het meest gebruikelijk is, worden de meeste tandartsassistentes in de bestaande praktijken opgeleid en het hangt dus voor een groot deel af van de aanpak van de opleider c.q. de tandarts, wat er in de praktijk van terecht komt en hoe waardevol de assistente voor de praktijk kan zijn. Buiten beschouwing laat ik de resultaten van de opleidingen die inmiddels in Amsterdam, Nijmegen en Heerlen tot stand zijn gekomen en waarover nog nauwelijks gegevens bekend zijn. De L.O.I. is nog een Instituut waar een schriftelijke cursus kan worden gevolgd en tevens stages verplicht zijn. De resultaten hiervan zijn in vele gevallen nogal gunstig en veel collegae zijn gelukkig met een assistente die op deze wijze is gevormd.

Voor de toekomst lijkt het mij van belang dat getracht wordt aan veel meer regionale scholen voor Nijverheidsonderwijs een opleiding voor tandartsassistenten eventueel gecombineerd met die voor artsassistenten en/of apothekersassistenten gevestigd te krijgen. We mogen aannemen dat er eigenlijk nauwelijks nog tandartsen zijn die zonder assistente de praktijk doen. Eerder zullen we mogen verwachten dat er een toenemend aantal

tandartsen is dat met meer gedifferentieerde assistentes gaat werken, waarbij stoelassistente en omloopassistente in toenemende mate vertrouwd begrippen worden, naast de volledig administratief werkzame secretaresse.

Gelukkig heeft er ook een belangrijke maatschappelijke verbetering van het beroep van tandartsassistenten plaats gevonden en zijn er inmiddels volledig redelijke salarisschalen voor vastgesteld door de Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde. Werd vroeger de assistente eigenlijk geacht praktisch niet gehonoreerd te worden en was daardoor het baantje misschien wel in aanzien, maar niet zo zeer geliefd, door deze verbeteringen wordt het hele functioneren natuurlijk bevorderd en is het samenwerken op een veel hoger plan gekomen, waarbij vooral het meer bij de praktijk betrokken zijn van belang is geweest. De tandartsassistenten vervullen een uiterst nuttige functie in de praktijk en kan niet meer weggedacht worden. Het zou zeker een verbetering betekenen als vanuit de positie van tandartsassistenten een vervolgopleiding de mogelijkheid zou openen het mondhygiënistediploma te verwerven.

Als wij nu nog met een enkel woord aandacht geven aan het functioneren van de mondhygiënist dan is dat ook al weer op gevaar af misverstaan te worden, omdat het zinvol spreken met elkaar hierover veel meer tijd vraagt. Waarbij komt dat mij nog onlangs bleek dat de enkele problemen duidelijk heel anders liggen dan ik tot voor kort meende. Na veel discussie en geharrewar binnen de tandheekundige professie is uiteindelijk gekozen voor de mondhygiënist en zijn daartoe in de 60er jaren de eerste meisjes uitgezonden naar Amerika, nadat een vlak na de oorlog ingestelde opleiding in Engeland weer ter ziele was gegaan. Ditmaal was het ernst en na enige tijd is ook in Nederland begonnen met de opleiding. Er zijn nu 4 opleidingsmogelijkheden, gelieerd aan de tandheekundige sub-

faculteiten van de universiteiten Utrecht, Nijmegen, Amsterdam GU en Amsterdam VU. Het is toch wel jammer dat de mogelijkheden van tewerkstelling nog steeds niet optimaal zijn vastgelegd, en dat er ook nu nog een groot aantal wensen bij deze beroepsgroep leven. Door vergroting van de activiteit van het Stichtingsbestuur en het aantrekken van een parttime werksecretaris lijken de kansen voor een betere begeleiding en ontwikkeling van dit beroep thans zeker gestegen.

Voor geïnteresseerden in het probleem van de meest ideale samenstelling van het dental-team – en dit in niet geringe mate met betrekking tot de te leveren arbeidsprestatie – kan ik aanbevelen het door G. Th. E. R. Arnold gepubliceerde artikel in de 'International Dental Journal' van juni 1975 te bestuderen. Naar mijn mening kan dit artikel op de meest voorkomende vragen antwoord geven.

Reeds vanaf 1929 is regelmatig terugkerend het probleem van de hulpmiddelen in de tandheelkunde aan de orde geweest. Veel verschillende benamingen hebben de revue gepasseerd, terwijl ook regelmatig veranderende opstellingen andere taken ter vervulling aangaven. In 1968 uitein-

delijk bevestigde de Algemene Vergadering van de Maatschappij de conclusies van het rapport-Mahler, waarin o.a. gesproken wordt over een vrouwelijke hulpkracht met beperkte curatieve bevoegdheid. In mei 1974 werd tot de kindertandverzorgster besloten. Vanuit een paar experimenten (Nijmegen en Amsterdam VU) lijkt toepassing in de praktijk tot de mogelijkheden te behoren, maar volledige duidelijkheid daarover bestaat bij gebrek aan meer kennis omtrent tewerkstellingsmogelijkheden niet. Inmiddels wordt de stem van de tegenstanders van deze ontwikkeling in toenemende mate gehoord en is het laatste woord hierover ook door de professie zeker nog niet gesproken. Het staat voor mij vast dat veel meer dan tot nu toe aandacht moet worden besteed aan het preventief denken, en ook dat tandartsen alleen dit niet voor elkaar zullen krijgen. De mondhygiëniste kan en moet hierbij een belangrijke taak tot de hare maken. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid geeft echter van een andere opvatting blijk.

Het Jordaanexperiment van de Universiteit van Amsterdam kampt met grote moeilijkheden die vooral in de sfeer van de financiën liggen. Of men hiervoor na reconstructie een oplossing zal weten te vinden is nog niet te voorspellen. Mocht dit wel lukken

dan hoop ik dat er te zijner tijd nog bruikbaar studiemateriaal geleverd zal kunnen worden, opdat deugdelijke, onderbouwde conclusies met betrekking tot het functioneren van dit type medewerkster kunnen worden getrokken.

De samenwerking tandarts – tandtechnicus is altijd een zeer goede geweest en zal ook in de toekomst goed moeten blijven. Eind 1976 waren er bijna 1.700 in de verschillende bedrijven werkzaam, waarbij dan nog een 500-tal in opleiding, deels in de bedrijven zelf. Het zal de vraag zijn wat de groep op zich of samen met de tandartsen moet doen om de problemen het hoofd te kunnen bieden. De vergadering van de V.L.H.T. in het kader van dit congres lijkt een goede aanzet tot beantwoording van deze vraag te zijn geweest.

Ik ben mij er zeer goed van bewust dat er onvrede kan zijn over de wijze waarop ik de problemen van functioneren van de verschillende groepen heb behandeld. Verontschuldigt u mij. Reeds in de aanvang heb ik gesteld dat er sprake zou zijn van een zeer subjectieve benadering van een aantal problemen.

Landrélaan 7,
Rotterdam.

DANKBETUIGING

Namens de Raad van Bestuur van de stichting 'Honderd Jaar Tandheelkundig Onderwijs in Nederland' maak ik gaarne gebruik van de mij, door de Redactie geboden, gelegenheid om het Algemeen Bestuur van de stichting Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde – en in het bijzonder de Redactie van het Tijdschrift – dank te zeggen voor de zo specifieke

bijdrage aan de herdenking van Honderd Jaar Tandheelkundig Onderwijs in Nederland.

Het stemt de Raad van Bestuur tot grote voldoening – mede jegens allen die in woord een bijdrage leverden aan het wetenschappelijke gedeelte van de herdenking – dat in drie achtereenvolgende afleveringen van dit tijdschrift, de verhandelingen van het congres zijn vastgelegd voor de toekomst.

Wanneer eenmaal alle herinneringen

aan het gebodene gedurende de periode van 27 tot en met 30 september 1977 zullen zijn vervaagd, zal de essentie van het wetenschappelijk programma zijn bewaard: de balans van het tandheelkundig onderwijs in Nederland anno 1977.

De Raad van Bestuur is de Redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde daarvoor zeer erkentelijk.

F. E. R. de Maar, voorzitter