

M E N I N G E N

De rubriek 'Meningen' is ingesteld ten einde bij te dragen aan de opinievorming binnen de tandheelkundige professie. Met een zekere regelmaat zullen hierin ook redactionele commentaren verschijnen. Daarnaast kunnen deze kolommen ter beschikking worden gesteld van diegenen, die onder eigen verantwoordelijkheid hun inzichten willen vastleggen over onderwerpen die ook de Redactie van belang acht voor de lezerskring van dit tijdschrift.

BEROEPSKRACHTEN IN DE TANDHEELKUNDIGE GEZONDHEIDSZORG*)

A. J. M. PLASSCHAERT

*Uit het Instituut voor Conserverende Tandheelkunde voor Volwassenen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.
Hoofd: Prof. Dr. A. J. M. Plasschaert*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Onderwijs – Opleidingscapaciteit – Beroepskrachten

Inleiding

De vraag naar aantallen en soorten beroepskrachten in de tandheelkundige gezondheidszorg is weer actueel geworden, nu de effecten van uitbreiding van de opleidingscapaciteit van tandartsen in de zestiger jaren, merkbaar worden. Een niet tijdig bijsturen van aantallen en soorten medewerkers, gericht op de te verwachten vraag, kan spanningen en schadelijke neveneffecten oproepen, die afbreuk kunnen doen aan het belang van de zorgvragers en verleners.

Vanuit deze achtergrond worden enkele gedachten ontvouwd over de toekomstverwachtingen, daar waar het de vraag naar tandheelkundige zorgverlening betreft. Enkele voorlopige conclusies zullen worden geformuleerd over mogelijke te verwachten trends in de vraag naar zorg.

Het aanbod van zorgverlening in de tandheelkunde dient afgestemd te zijn op de vraag. Ook al is thans onduidelijk hoe die vraag er over enkele decennia precies zal uitzien, wel ligt nu vast, welke aantallen beroepskrachten in de tandheelkundige gezondheidszorg werkzaam zullen zijn, wanneer wordt uitgegaan van de huidige opleidingscapaciteit. Gepoogd wordt enerzijds een samenvatting te geven van de problemen die mogelijk ontstaan bij ongewijzigd beleid, anderzijds een indicatie te geven in welke richting oplossingen gevonden zouden kunnen worden.

Hetgeen hierna gezegd wordt over aantallen en soorten beroepskrachten in de tand-

heelkundige gezondheidszorg, is aan twee belangrijke beperkingen onderhevig.

Ten eerste is daar de beperktheid van de auteur in feitenkennis over en zienswijze op de te behandelen problematiek.

Ten tweede is daar het feit, dat het ondenkbaar is om in het beperkte kader van deze publikatie uitvoerig en uitputtend het onderwerp te behandelen. Slechts enkele aspecten worden belicht, in de hoop dat daarmee een bijdrage geleverd wordt tot de discussie over het onderhavige vraagstuk.

De vraag naar tandheelkundige diensten

Wanneer men zich vragen wil stellen over aantallen en soorten beroepskrachten in de tandheelkundige gezondheidszorg, dan gaat het niet om de situatie op dit moment. Immers, aan deze situatie kan men weinig veranderen. Het stellen van vragen wordt zinnig, wanneer men uit het verleden en heden wil leren om naar de toekomst te kunnen sturen. Het aanbod van tandheelkundige diensten wordt nú gecreëerd voor de komende decennia door de nú beschikbare opleidingscapaciteit. Dit aanbod dient afgestemd te zijn op de vraag die dán zal gelden. Hiermee raken we ook meteen de kern van het probleem. Wie durft het aan nu concrete uitspraken te doen over de aard en omvang van de vraag naar tandheelkundige diensten over enkele decennia? Gelukkig zijn er mensen genoeg, die daar een voorzichtigte uitspraak over willen doen, doch het is dan snel duidelijk, dat er grote verschillen bestaan in opvattingen.

Is het niet zo, dat een groot deel van de verschillen van inzicht over de toekomstige structuur van de tandheelkundige gezondheidszorg, zoals die naar voren komen in het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1977), en alle

Samenvatting:

Om verstandige keuzen te kunnen maken m.b.t. opleiding en tewerkstelling van aantallen en soorten beroepskrachten in de tandheelkundige gezondheidszorg, zijn veel gegevens nodig over de aard en omvang van vraag en aanbod in de sector van de tandheelkundige gezondheidszorg.

Met betrekking tot de vraagzijde wordt een antwoord gezocht op de vraag, welke mogelijke ontwikkelingen zich kunnen voordoen als gevolg van tandheelkundige, maatschappelijke en sociaal-economische veranderingen. De voorlopige conclusie wordt getrokken, dat voor de komende twintig jaar geen drastische veranderingen zich zullen voordoen in de omvang van de vraag naar tandheelkundige diensten.

Ten aanzien van het aanbod van tandheelkundige diensten, worden een aantal berekeningen gegeven over de aantallen tandheelkundige beroepskrachten die mogelijk gewenst zijn, in vergelijking tot de aantallen die op grond van opleidingscapaciteit ter beschikking kunnen komen. Op grond van deze berekeningen lijkt het wenselijk om de opleidingscapaciteit voor tandartsen te reduceren, ten gunste van die voor mondverzorgers.

Alhoewel er aanwijzingen zijn dat deze conclusies met enige zekerheid getrokken kunnen worden, zijn er vele onzekerheden over de ontwikkelingen van vraag en aanbod in de tandheelkundige gezondheidszorg. Derhalve dient op dit moment vóór alles gestreefd te worden naar een flexibel doch duidelijk beleid ten aanzien van opleiding en tewerkstelling van beroepskrachten in de tandheelkundige gezondheidszorg.

reacties daarop (onder meer Veder-Smit, 1980 a) ontstaan doordat men uitvoerig praat over alle mogelijke tandheelkundige voorzieningen in ons land zonder eerst de discussie gevoerd te hebben en op zoek geweest te zijn naar overeenstemming over de te verwachten vraag naar tandheelkundige diensten.

Ik geef het toe, niets is moeilijker dan dat, omdat ontwikkelingen in deze tijd dermate snel kunnen gaan, dat men het gevoel heeft, op drijfzand te bouwen als het gaat om voorspellingen ver vooruit.

Misschien kunnen we het best greep krijgen op mogelijke ontwikkelingen in de vraag naar tandheelkundige diensten door uit te gaan van de huidige situatie en een

*) Naar een voordracht gehouden op 7 november 1980 voor de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist.

aantal trends aan te geven die verschuivingen in die situatie tot gevolg kunnen hebben.

Allereerst hebben we de *vakinhoudelijke ontwikkelingen*. Hierover kan gezegd worden, dat met name op het terrein van de preventieve tandheelkunde een groot aantal middelen en inzichten ons ter beschikking zijn gekomen om de twee grootste zorg-vragende afwijkingen te beteugelen: cariës en parodontale aandoeningen.

Ik denk hierbij aan de vele vormen van fluoridetoediening, de aandacht voor gezondere voeding, waaronder de suikervervangingsstoffen en alle middelen en mogelijkheden op het terrein van de mondhygiëne-instructie en -verzorging.

Effecten van deze verworvenheden op de ontwikkeling van de vraag naar diensten zijn aanwijsbaar. Dit kan geïllustreerd worden met enkele cariësgegevens van kinderen over de periode van 1969 tot 1978 (afbeelding 1 en 2), zoals die verzameld zijn in Den Haag (Truin et al., 1980). Een duidelijke reductie in het aantal aangetaste gebitselementen bij kinderen is aanwijsbaar. Deze gegevens staan niet op zich zelf. Het wordt steeds duidelijker, dat de explosieve cariëstoename in de eerste helft van deze eeuw tot stilstand is gekomen en dat er aanwijzingen bestaan dat de vraag naar tandheelkundige diensten, voorkomend uit afwijkingen ten gevolge van tandcariës, minder zal worden.

Mijn verwachting voor de komende decennia is een voortzetting van de ontwikkeling in de richting van minder tandbederf bij jeugdigen en volwassenen en daarmee samengaan een verminderde vraag naar tandheelkundige diensten voor dit aspect van onze zorg.

Op het terrein van het parodontium lopen we naar mijn gevoel tien tot twintig jaar achter in vergelijking met de preventie en preventieve behandeling van tandcariës. Met name de laatste tien jaar zijn door onderzoek de inzichten op het terrein van de parodontologie aanzienlijk gegroeid. Toepassing van deze verworvenheden vindt steeds meer ingang. Voorlopig mag verwacht worden, dat de bekendheid met deze mogelijkheden een toenemende vraag zal oproepen, en dat eerst daarna de preventie zover doorwerkt, dat de vraag naar parodontale hulp zal afnemen.

De ontwikkelingen met betrekking tot cariës en parodontale aandoeningen zullen voor zover het beïnvloeding van de vraag betreft, naar mijn gevoel elkaar de komende decennia redelijk in evenwicht houden.

Kijken we naar de *maatschappelijke ontwikkelingen*, dan kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt. De bereikbaarheid van gezondheidsdiensten wordt groter voor meerder groepen van de bevolking. De kennis over en de belangstelling voor preventieve maatregelen neemt toe. Ook hier weer twee ontwikkelingen die mogelijk elkaar min of meer in evenwicht houden voor zover het de beïnvloeding van de vraag betreft. Enerzijds meer vraag naar diensten, anderzijds minder ontwikkeling van afwijkingen.

Tenslotte is er de *financieel-economische ontwikkeling*. Op dit gebied zijn er met name de laatste jaren tekenen dat er met minder economische groei rekening gehouden moet worden, hetgeen voor de tandheelkundige gezondheidszorg tot gevolg kan hebben minder vraag naar 'luke' tandheelkunde.

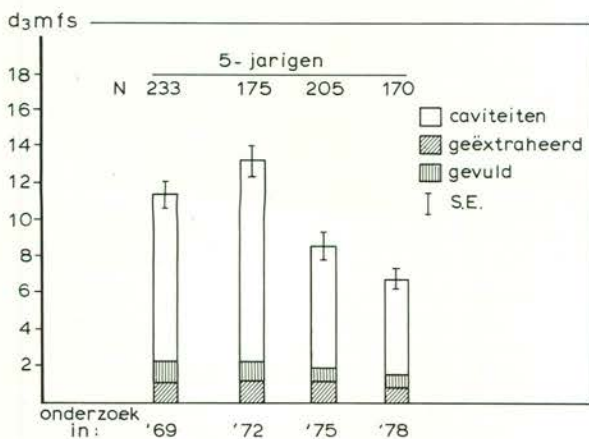
Uit deze zeer globale opsomming van enkele factoren die invloed hebben op de te verwachten vraag naar tandheelkundige diensten, kunt u afleiden wat mijn prognose voor de komende twee tot drie decennia is. Ik zou deze als volgt willen samenvatten:

1. vraag naar specialistische behandeling zal geen grote verschuivingen te zien geven;
2. vraag naar curatieve cariologie zal mogelijk minder worden, doch toenemende vraag naar curatieve parodontologie zal dit compenseren;
3. voor de komende twintig jaar lijkt het onwaarschijnlijk, dat er een grote daling of stijging in de vraag naar tandheelkundige diensten zal optreden;
4. er zijn zoveel onzekere factoren dat een betrouwbare schatting niet te maken is en men er verstandig aan doet een flexibel beleid te ontwikkelen, zodanig, dat tijdig ingespeeld kan worden op veranderingen door met name de opleidingscapaciteit van medewerkers in de tandheelkundige gezondheidszorg te reguleren.

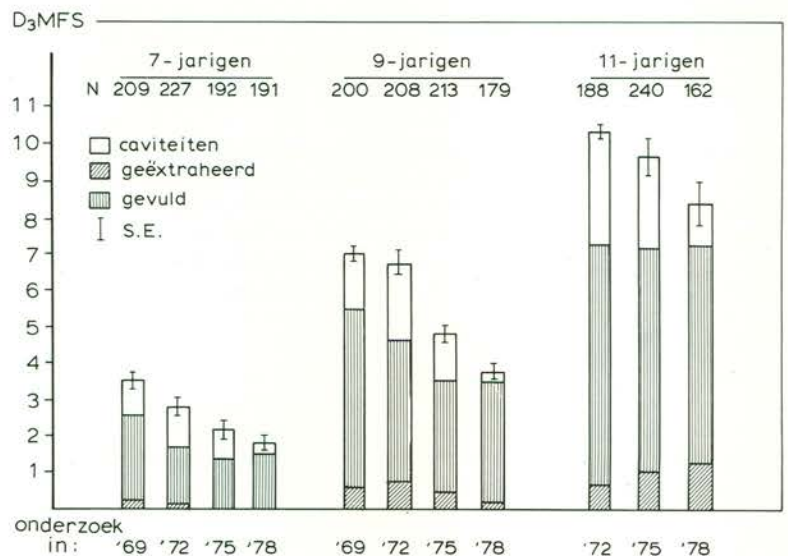
U zult begrijpen, dat ik mij niet aan getallen of hardere gegevens waag.

Een nadere kwantificering van de huidige vraag naar tandheelkundige diensten en van optredende veranderingen en ontwikkelingen zou nodig zijn om meer duidelijkheid te kunnen geven (Sollewijn Gelpke, 1974). Daarbij is van groot belang hoe men tegen de tandheelkundige gezondheidszorg aankijkt.

Wat verstaat men onder 'vraag' (objectief, subjectief, etc.) en welke doelstellingen vindt men dat de tandheelkundige gezond-



Afb. 1. Gemiddeld aantal aangetaste, gevulde en geëxtraheerde gebitsvlakken (tijdelijke gebitselementen) bij 5-jarige Haagse kinderen, ter illustratie van de aanzienlijke reductie in tandbederf over de jaren 1969-1978. (Ontleend aan: Truin e.a., 1980.)



Afb. 2. Gegevens van blijvende gebitselementen van 7-, 9- en 11-jarige Haagse kinderen, ter illustratie van reductie in tandbederf over de jaren 1969-1978. (Ontleend aan Truin e.a., 1980.)

heidszorg zou moeten nastreven. Meer duidelijkheid op deze punten door nader onderzoek zou ertoe kunnen leiden, dat een juist en duidelijker beeld verkregen kan worden hoe de vraag naar tandheelkundige diensten zich kan en vermoedelijk zal ontwikkelen (Veder-Smit, 1980 b).

Aanbod van tandheelkundige diensten

Bij de bespreking van de mogelijke keuzen aan de aanbodzijde van het systeem van tandheelkundige gezondheidszorg, zullen we ons hier niet verdiepen in de verschillende mogelijke organisatievormen. We zullen ons alleen trachten af te vragen, welke aantallen en soorten beroepskrachten gewenst zijn. Het is goed te realiseren, dat we daarbij een simplificatie toepassen, omdat de aantallen en soorten beroepskrachten niet geheel los gezien kunnen worden van de te kiezen organisatievorm.

Ik stel voor bij de soorten medewerkers drie categorieën te onderscheiden op grond van het opleidingsniveau (tabel I). De tandtechnicus wordt in de verdere bespreking buiten beschouwing gelaten, omdat het een geheel eigenstandige beroepskracht is, die in het kader van deze voorwaarde minder aandacht behoeft. Dit wil niet zeggen, dat het niet goed zou zijn ook naar dit type medewerker nadere analyses voor het vraag- en aanbodmechanisme te maken.

Ik kom later terug op eventuele differentiaties binnen ieder van de drie categorieën. Wanneer we zouden uitgaan van deze drie soorten medewerkers in de tandheelkundige gezondheidszorg, welke aantallen zouden we dan nodig hebben op grond van de verwachtingen met betrekking tot de vraag naar tandheelkundige diensten? Ik stel voor, de volgende normen te hantieren als doelstelling voor het jaar 2000:

Tandartsen : 1 : 2000 inwoners (schets van de Eerstelijns-gezondheidszorg, VOMIL);
Mondverzorgers : 1 per 3 tandartsen;
Assistenten : 1 per tandarts.

Wanneer men bovenstaande normen zou hanteren voor soorten en aantallen be-

Tabel I. Soorten medewerkers in de tandheelkundige gezondheidszorg naar opleidingsniveau, mogelijke benaming en de daarmee corresponderende functies.

Opleidingsniveau	Beroepsnaam	Functies
I. middelbaar beroepsonderwijs	tandartsassistent	- assistente - secretaresse - receptioniste - voorlichtingsassistente
II. hoger beroepsonderwijs	mondverzorger	- mondhygiëniste - kindertandverzorgster (met of zonder uitgebreide bevoegdheden)
III. universitair onderwijs	tandarts	- tandarts - specialist - leidinggevende functie

roepskrachten (met uitzondering van de tandtechnicus) in de tandheelkundige gezondheidszorg, dan zullen we tot het jaar 2000 over de volgende aantallen beroepskrachten moeten beschikken (tabel II).

Vanzelfsprekend zal iedere andere keuze van normen leiden tot andere gewenste aantallen en/of soorten medewerkers.

Laten we nu de groepering van tandartsen afzonderlijk beschouwen en ons afvragen hoe de feitelijke opleidingscapaciteit voorziet in de hierboven gegeven gewenste aantallen. Opnieuw moeten we een aantal keuzen maken.

We gaan er vanuit, dat de huidige opleidingscapaciteit bestaat uit een instroom van 460 (5 opleidingen) met een studierendement van 80%. Dat wil zeggen, jaarlijks worden er ongeveer 370 nieuwe tandartsen aan het bestaande tandartsenbestand toegevoegd. Vervolgens nemen we aan, dat per jaar 2,5% van het totale tandartsenbestand het beroep verlaat (overlijden, pensioen, etc.). Gegeven deze uitgangspunten, zal de ontwikkeling van de tandartsendichtheid in ons land er als volgt uitzien (tabel III).

Laten we aannemen dat we tijdig maatregelen zouden willen nemen om in het jaar 2000 het aantal tandartsen in overeenstemming te brengen met het dan gewenste aantal, dan zou in 1981 de totale opleidingscapaciteit van 460 terug gebracht moeten worden tot 360. Dat wil zeggen, één oplei-

Tabel III. Ontwikkeling van de tandartsendichtheid op basis van de bestaande opleidingscapaciteit (instroom 460 per jaar) en een studierendement van 80%.

Jaar	Aantal inwoners (x 1000)	Aantal tandartsen	Ratio	Gewenste aantal
1980	14.000	5.000	1:2800	7.000
1990	14.800	7.200	1:2055	7.400
2000	15.400	8.900	1:1730	7.700

ding géén eerstejaars meer aannemen, of iedere opleiding 20 studenten minder opnemen in het eerste jaar. De uitstroom zal bij een gelijkblijvend studierendement van 80% voor het eerst 5 jaar later in 1986 290 bedragen.

Zetten we de gegevens van deze situatie naast die van de ongewijzigde en gewenste tandartsendichtheid, dan krijgen we de volgende gegevens (tabel IV).

Tabel IV. Gegevens over de ontwikkeling van de tandartsendichtheid bij wijziging in de opleidingscapaciteit.

Tandartsen	1980	1990	2000
Gewenste aantal	7.000	7.400	7.700
Aantal bij ongewijzigde capaciteit	5.000	7.200	8.900
Gewijzigde opleidingscapaciteit per 1981	5.000	6.650	7.750

Het is goed ons hierbij te realiseren, dat dit globale berekeningen zijn, waarvan de getallen er anders uitzien als men andere grondslagen voor de berekeningen hanteert. Ik heb geenszins de pretentie dat deze getallen de meest waarschijnlijke benadering zijn. Het enige wat ik hiermee wil aantonen is, dat men systematisch tot berekeningen kan komen, over de daarbij gehanteerde grondslagen kan discussiëren en

Tabel II. Gewenste aantallen medewerkers voor de jaren '80, '90 en 2000, uitgaande van 1 tandarts per 2000 inwoners, 1 mondverzorger per 3 tandartsen en 1 assistente per tandarts.

Jaar	Aantal inwoners (x 1000)	Gewenste aantal tandartsen	Gewenste aantal mondverzorgers	Gewenste aantal assistentes
1980	14.000	7.000	2.100	7.000
1990	14.800	7.400	2.220	7.400
2000	15.400	7.700	2.310	7.700

wijzigingen in keuzen kan aanbrengen. Het werkt verhelderend bij te nemen beslissingen.

Vervolgens richten we onze aandacht op de groep van mondverzorgers. Hier kunnen we leren uit de afgelopen periode in hoeverre onze eerste prognoses juist zijn gebleken (Ned. Ver. Mondhygiënist, 1979, V.d. Sanden, 1979, 1980). Ik geef u de getallen die ik destijds heb gepubliceerd (Plasschaert, 1972) met daarnaast de gecorrigeerde gegevens (tabel V). De volgende berekeningsgrondslagen gelden daarbij:

- per 1971 één opleiding met instroom van 20;
- per 1973 vier opleidingen met totale instroom van 80;
- oorspronkelijke berekening: opleidingsrendement gesteld op 80% jaarlijks percentage beroepsverlaters 15%;
- herziene berekening: opleidingsrendement gesteld op 90%, jaarlijks percentage beroepsverlaters 12%.

Wanneer we ons nu, op basis van de bijgestelde berekeningsgrondslagen zouden afvragen welke aantallen werkzame mondverzorgers we in de komende twintig jaar mogen verwachten, dan geeft tabel VI daarvan de aantallen bij ongewijzigde capaciteit (A) (jaarlijkse instroom van 80), bij een verruiming van de opleidingscapaciteit per 1981 van 80 naar 120 (B) en als derde mogelijkheid (C) een verdubbeling van de totale capaciteit per 1981.

In beide gevallen zullen per jaar vanaf 1983 respectievelijk 108 en 144 mondverzorgers het diploma behalen.

Ook hier gelden de reserves die ik gemaakt heb bij de berekening voor de aantallen tandartsen: andere berekeningsgrondslagen, andere uitkomsten.

Echter, hoe men ook rekent, het aantal mondverzorgers zal - uitgaande van de aannamen die gedaan zijn met betrekking tot de vraag naar tandheelkundige diensten

Tabel V. Correctie van de berekening van de toename van het aantal mondverzorgers. Voor oorspronkelijke berekening zie Plasschaert (1972).

Jaar	Oorspronkelijke berekening		Herziene berekening	
	O*)	W*)	O	W
1971	16	40	18	40
1975	68	168	72	184
1980	68	326	72	381

*) O = aantal leerlingen dat per jaar het diploma behaalt.

W = aantal mondverzorgers dat per jaar actief werkzaam is.

Tabel VI. Ontwikkeling van het mondverzorgersbestand bij ongewijzigde opleidingscapaciteit (A), bij een opname van 120 leerlingen per jaar (B) en bij opname van 160 leerlingen per jaar (C) ingaande 1981.

O = aantal leerlingen dat per jaar het diploma behaalt.

W = het aantal mondverzorgers dat per jaar actief werkzaam is.

Opleidingsrendement gesteld op 80%. Aantal beroepsverlaters per jaar ingesteld op 12% van het totaal aantal werkzame mondverzorgers.

Jaar	A		B		C		Gewenste aantal
	O	W	O	W	O	W	
1980	72	381	72	381	72	381	2100
1985	72	484	108	580	144	675	
1990	72	539	108	731	144	923	2220
1995	72	567	108	811	144	1054	
2000	72	583	108	853	144	1123	2310

- ver achter blijven bij de eerder berekende gewenste aantallen, ook al zou men de opleidingscapaciteit met ingang van 1981 verdubbelen.

Voor de groepering assistentes zou men analoge berekeningen kunnen maken. Het probleem ligt daarbij complexer omdat een formele opleiding, zoals voor tandartsen en mondverzorgers, niet vereist is en daarmee minder sturende invloed kan uitoefenen op gewenste aantallen beroepskrachten. Als voordeel staat daar tegenover dat tekorten in aantallen makkelijk kunnen worden aangevuld.

Tenslotte wil ik er nog melding van maken dat simulatiemodellen van de tandheelkundige gezondheidszorg waarbij van de mogelijkheden van de computer gebruik gemaakt wordt, veelbelovende resultaten kunnen opleveren als het gaat om inzicht te krijgen in de vraag- en aanbodmechanismen. Dergelijke modellen worden in mijn instituut ontwikkeld en uitgetest door Drs. G. J. Truin in samenwerking met anderen. Welke voorlopige conclusies zou men op grond van de hierboven gegeven berekeningen nu kunnen trekken? Ik zou hier als volgt willen antwoorden.

1. Wanneer men uitgaat van de hier gekozen berekeningsgrondslagen, zal er over 20 jaar een overschot aan tandartsen en een tekort aan mondverzorgers zijn.
2. Zelfs wanneer men, uitgaande van de gekozen berekeningsgrondslagen, de opleidingscapaciteit voor mondverzorgers per 1981 zou verdubbelen, zal er over 20 jaar nog steeds een duidelijk tekort bestaan aan dit type beroepskracht.
3. Het onder 1. gesignaleerde overschot aan tandartsen en tekort aan mondverzorgers kan elkaar in evenwicht houden, doch zal er niet toe leiden dat er

kostenbesparend gewerkt wordt in de tandheelkundige gezondheidszorg, evenmin zal het instandhouden van deze situatie ertoe leiden dat preventie meer aandacht krijgt.

4. De conclusies onder 1 t/m 3 hebben een voorlopig karakter. Er dienen meerdere berekeningen gemaakt te worden, waarbij nader onderzoek naar de te kiezen berekeningsgrondslagen noodzakelijk is.
5. De onzekerheden die zullen blijven bestaan met betrekking tot de juistheid van de te hanteren normen voor berekeningen, zouden ertoe moeten leiden dat de opleidingen meer flexibiliteit vertonen ten aanzien van de jaarlijks op te leiden aantallen beroepskrachten.

Summary:

Title: Professional workers in the dental healthcare system.

Much information is needed, concerning the nature and the amount of demand and supply in the dental healthcare system, to enable intelligent choices with regard to training and employment of professional workers in the field of dentistry.

Which trends can be expected in relation to the demand area, in view of dental, social and socio-economic changes? A preliminary conclusion is drawn that for the next twenty years no drastic changes will arise with respect to the size of the demand for dental services.

As far as the supply of dental services is concerned, some calculations are given regarding the number of dental professional workers, possibly needed in The Netherlands as compared to the numbers which become available on basis of the present Dutch training capacity. It seems desirable that the training capacity of dentists in The Netherlands will be reduced in favour of that for dental hygienists or dental therapists.

Although it seems plausible that these conclusions can be drawn with some certainty, still many uncertainties remain regarding the developments of demand and supply in the dental healthcare system. Therefore the most important goal should be at present to strive for a flexible, though clear policy with respect to training and employment of professional workers in the field of the dental healthcare system.

Literatuur:

1. Centrale Raad v.d. Volksgezondheid (1977): Rapport inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland. Ned Tandartsenblad 32/12: 497-554.

2. *Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten* (1979): Notitie Tandheelkundige medewerkers in Nederland. Een inventarisatie naar voorkomen, aard en opleiding van tandheelkundige medewerkers in Nederland.
3. *Plasschaert, A. J. M.* (1972): Bepaling van de behoefte aan mondhygiënisten. Ned Tijdschr Tandheelkd 79: 107-113.
4. *Stoelinga, M. S. E. v.d.*, (1979): Mondhygiënist, een noodzakelijke medewerker. N.V.M.-tijdschrift 3/2: 13-15.
5. *Sanden, M. A. G. v.d.* (1980): Mondhygiënisten in Nederland, rapport van de werkgroep 'Enquête', Ned. Ver. v. Mondhygiënisten.
6. *Sollewijn Gelpke, G. J.* (1974): Problemen van de huidige tandheelkundige verzorging. Ned Tandartsenblad 29/20: 913-919.
7. *Truin, G. J., König, K. G., Vogels, A. L. M., Ruiken, H. M. H. M., Carpay, J.* (1980): Tandcariës en gingivitis bij 5-, 7-, 9- en 11-jarige Haagse kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 75: 15-22.
8. *Veder-Smit, E.* (1980 a): Toekomstige tandheelkundige voorzieningen. Ned Tandartsenblad 35/5: 203-227.
9. *Veder-Smit, E.* (1980 b): Schets van de Eerstelijns-gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16066, nrs. 1-2.

November 1980.

Adres: Prof. Dr. A. J. M. Plasschaert,
Philips van Leydenlaan 25,
6500 HB Nijmegen.

BLADVULLING

NIEUWE GEDRAGSCODE VOOR SUIKERHOUDEND SNOEPGOED

Per 1 december 1980 is een nieuwe – door het bestuur van de Stichting Reclame Code goedgekeurde – *Gedragscode voor suikerhoudend snoepgoed* (als onderdeel van de Nederlandse code voor het reclamewezen) in werking getreden.

De tekst van de code luidt als volgt.

Als suikerhoudend snoepgoed worden voor de toepassing van deze gedragscode aangemerkt alle niet tot de normale maaltijdstructuur behorende voedings- en genotmiddelen, welke wegens hun door enkelvoudige voedingskoolhydraten (te weten saccharose, invertsuiker, glucose en fructose) bepaalde zoete smaak in het bijzonder ook door kinderen tussen de maaltijden plegen te worden geconsumeerd. De gedragscode geldt niet voor ijs en frisdranken.

1. De reclame mag niet aansporen tot excessief gebruik, noch mag dergelijk gedrag tot voorbeeld worden gesteld of goedgepraat.
2. De reclame mag niet suggereren, dat suikerhoudend snoepgoed een maaltijd kan vervangen.
3. De reclame mag in geen enkel opzicht de spot drijven met mensen die, om welke reden dan ook, zich wensen te onthouden van of te beperken bij het consumeren van suikerhoudend snoepgoed.
4. De reclame mag geen verband leggen tussen de consumptie van suikerhoudend snoepgoed en gezondheid, met uitzondering van reclame-uitingen voor producten die onder de competentie van de KOAG*) vallen en door de

KOAG zijn toegelaten. Door een verwijzen naar een relatief laag suikergehalte mag niet de indruk worden gewekt, dat de kans op het ontstaan van cariës relatief gering is.

5. Eetsituaties direct na het tandenpoetsen en vóór het naar bed gaan, zullen niet worden getoond, noch zal consumptie op deze momenten worden aangemoedigd.
6. In reclame-uitingen die gericht zijn op kinderen tot 14 jaar:
 - a. mogen volwassenen aan kinderen geen suikerhoudend snoepgoed aanbieden;
 - b. mogen geen snoepende kinderen jonger dan 14 jaar worden afgebeeld;
 - c. dient altijd duidelijk gewezen te worden op de noodzaak van instandhouding van een goede gezondheid van het gebit.

*) Keuringsdienst Openlijke Aanprijzing Geneesmiddelen. – Red.