

Het is geen wonder dat onze Backer Dirks ook altijd zo'n optimistische kijk op de gang van zaken heeft gehouden met zo'n vader.

En om te besluiten met zijn 'heilige woord': 'Je moet altijd zeggen dat iets kan, want dan kan het ook.'

#### Summary:

Thinking about dental prevention in Holland already started at the beginning of this century. Some initiatives taken in those days, like the foundation of The Ivory Cross (the National Council of Dental Health Education) and the School Dental Health Services, were valuable contributions to preventive and social dentistry in these days.

After the publication of a report about the relationship between nutrition and dental caries in 1965 and considering new ideas about education

and instruction, projects to promote dental health were started all over the country.

The similarities and differences in e.g. objectives, originators problems of 13 projects, started between 1968 and 1980 are discussed as well as the influence of Prof. Dr. O. Backer Dirks in these projects. Also, the role of the dentist in prevention is described.

#### Literatuur:

1. Backer Dirks, O., Klinkert, L. M., Nystad, J., Schaik, Th. F. S. M. van (1976): Onderzoek naar het effect van de voorlichtings-campagne actie 'Gezond Gebit' te Ede. Ned Tijdschr Tandheelkd 83. Pp. 120-124.
2. Bartels-Kortland, A., Bruins-Atzema, A. C. S., Mayer, E., Newsum, W. T. (1980): Een inventarisatie van projecten op het gebied van (tandheelkundige) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (T)GVO in Nederland. Groepsscriptie in . . . Basis cursus Soc. Geneeskunde.

3. Commissie Tandheelkundige Statistiek (1980): Statistisch overzicht van de in de huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp en tandheelkundig-specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden.
4. GGD Stadsgewest Breda, afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (1981): Jaarverslag GVO 1980/1981, rapport.
5. GG en GD Utrecht (1980): Naar mondige tanden in Utrecht, rapport.
6. Het Ivoren Kruis: Gedenkboek 1910-1935. Voorwoord.
7. Werkgroep (T)GVO, Provinciale Friese Kruisvereniging Leeuwarden (1977): 5 jaar (T)GVO in Friesland, rapport.

Oktober 1982.

Adres: Mevr. M. S. E. van der Sanden-Stoelinga,  
Merinhof 17,  
5345 ZH Oss.

## HEUS HET KAN?

### DE PRAKTIJK VAN EEN T.G.V.O.-PROJECT

F. N. AKVELD

*Uit de vakgroep Sociale en Preventieve Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Utrecht.  
Voorzitter: Prof. Dr. O. Backer Dirks.*

*Trefwoorden:* Sociale tandheelkunde – Preventieve tandheelkunde – (T.)G.V.O.

#### *Het project kindertandverzorging in Tiel*

Na de fase van de ontwikkeling van G.V.O. in Nederland (zie voordracht Prof. Rouwenhorst) en nadat het theoretisch model voor een 0-jarigenplan door de commissie Mahler was beschreven kon een T.G.V.O.-project in de praktijk worden gebracht en getoetst. Daar eind jaren zestig nog iedereen ervan uitging, dat binnen afzienbare tijd Nederland grotendeels gefluorideerd drinkwater zou gebruiken, werd besloten in Tiel dit project kindertandverzorging (ktv) te starten. De doelstelling op korte termijn was het behoud van een gaaf gebit bij kinderen tot de lagere school-leeftijd. In 1968 gold dit, ondanks de waterfluoridering, voor nog geen 10% van alle

Tielse zes-jarigen. Het project moest antwoord geven op de vragen, wanneer en hoe men G.V.O. kan geven, en bij wie men welk effect daarvan op welke termijn kan verwachten, tegen welke tijds- en geldsinspanning.

G.V.O. wordt gehanteerd om mensen bewust te maken van de keuze van het eigen gedrag en van de eigen verantwoordelijkheid daarin.

Voor de voorgelichte persoon (cliënt) kan deze bewustwording soms bezwaren opleveren, doordat zijn directe omgeving een gedragsverandering of een ontwenning niet wil accepteren. De voorlichter moet er daarom tevoren rekening mee houden, dat de cliënt, thuisgekomen gaat ervaren, dat het niet leuk is iets fijns af te moeten wijzen, dat het erg moeilijk is om mensen die er niet zo in geloven te overtuigen,

#### Samenvatting:

Het G.V.O.-plan dat in theorie voor Tiel was opgesteld, verliep op een aantal punten anders dan in de praktijk.

In dit artikel wordt een opsomming gegeven van taken en vereisten van de voorlichter in het plan.

Vervolgens wordt een effect van het project getoond en wordt nagegaan welke factoren veranderingen in het plan teweeg hebben gebracht, die op de voorlichting en de voorlichters van invloed zijn geweest.

gen, dat het vervelend is, mensen die zich niet aan jouw spelregels houden op de vingers te tikken.

Het onderkennen, bespreken en vooral opvangen van deze bezwaren hoort tot de G.V.O. Een aantal kinderen krijgt – ondanks de goede voornemens van de ouders – toch cariës. Het is dan belangrijk dat de ouders daar geen schuldgevoelens van krijgen, die hen het hele geloof in cariëspreventie doen verliezen.

Voorlichting moet dan ook met veel nuance worden gebracht en zal, in ieder geval voor een deel, ook individueel moeten worden gegeven.

De G.V.O.-er in het Tielse project moest derhalve:

- uitleg kunnen geven over tandheelkundige zaken, zowel aan een groep als individueel;
- voorlichting genuanceerd, individueel gericht, relativerend geven, maar enthousiast genoeg om mensen te kunnen motiveren;
- de problematiek van de cliënten zoeken en oplossingen aanbieden;
- bedacht zijn op mogelijke frustraties en deze opvangen;
- in zijn gedrag geen irritaties vertonen; de cliënt moet zich kunnen spiegelen aan hem.

En als de G.V.O.-er tevens tandarts is moet hij ook nog goed met kinderen om kunnen gaan en tandheelkundig technisch redelijk werk leveren.

Hiermee is duidelijk, dat het slagen van een project ktv in hoge mate afhangt van de mensen die ervan deel uitmaken.

Een van de grondgedachten bij het project was: integratie van preventie en curatieve zorg. Preventie-alleen, zonder hulp te kunnen bieden als het eens fout gaat, werkt verwijderend. Maar van wellicht veel meer belang was het, dat bij de bevolking curatieve zorg meer aantrekkingskracht heeft (en meer telt) dan de preventieve. Hierdoor ontstond van het begin af aan een hoog deelnamepercentage aan het project.

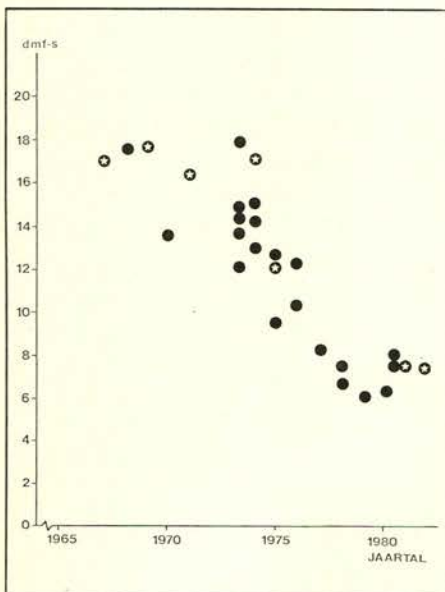
Doordat de medewerkers zelf veel preventieve acties ondernamen bereikte de voorlichtingsboodschap erg veel Tielenaren. Die acties waren:

- groepsvoorlichting aan aanstaande ouders;
- mondhygiënische zorg en individuele instructie aan zwangeren;
- groepsvoorlichting aan zich nieuw-inschrijvende ouders in een kennismakingsgesprek;
- individuele voorlichting daarna bij het gezin thuis door een 'begeleidingsmoeder';
- halfjaarlijkse vervolggesprekken bij de gebitsonderzoeken;
- voorlichtingsactiviteiten in klassen en aan leerkrachten (in groepen of individueel);

- berichten in plaatselijke pers enkele malen per jaar;
- overleg met en voortzetting aan consultatiebureau's, huis- en tandartsen, wijkverpleging, schoolartsen en dergelijke instanties, meestal groepsgewijs;
- voorlichting op bijeenkomsten, zoals vrouwenverenigingen en ouderavonden van scholen.

Voor deze activiteiten was naast de tandarts en assistente in principe een full-time voorlichter in dienst. In dit tijdschrift is eerder het effect van deze voorlichting getoond (Kalsbeek en Kwant, 1978; Kalsbeek, 1982).

De TNO-werkgroep Tand- en Mondziekten constateerde bij verschillende groepen kinderen door de jaren heen een duidelijke afname van de cariës-experience. Afbeelding 1 geeft de dmf-s-waarden voor groepen kinderen omgerekend voor zesjarigen door Kalsbeek (1982) voor de Tielse onderzoeken. Bedenkend dat in Tiel de geboorteklassen vanaf 1969 (vrijwel) volledig konden worden begeleid door het G.V.O.-project is het opvallend, dat de daling in de cariës-experience in Tiel bij zes-jarigen een versnelling laat zien tussen 1974 en 1975.



Afb. 1. Waarden van dmf-s bij groepen kinderen in Nederland uit verschillende onderzoeken, verzameld door Kalsbeek (1982). De waarden zijn toegerekend naar kinderen van 6 jaar in gebieden zonder drinkwaterfluoridering. Stippen met een ster betreffen onderzoeken in Tiel door de TNO-werkgroep.

De verklaring voor dit abrupte effect kan gelegen zijn in het feit, dat de aanpak van deze 'nieuwe' tandheelkunde anders was dan tot dan gebruikelijk. In de psychologie is bekend, dat aandacht geven leidt tot gedragswijziging bij de ander. Ook in andere plaatsen in Nederland is onderzoek gedaan en de afbeelding geeft de indruk, dat Tiel ten opzichte van de landelijke trend maar weinig afwijkt. De daling is plotseling ingezet maar niet groter dan elders. De vraag of G.V.O. effect heeft, blijft hiermee onbeantwoord.

Wellicht is het goed om naast de bovenvermelde lijst met activiteiten ook enkele indrukken te geven van factoren die de voorlichting geremd kunnen hebben of die een negatieve rol gespeeld kunnen hebben.

- Een risico dat vaak onderschat wordt is dat van overdosering. De voorlichter wil teveel aspecten ineens kwijt. De cliënt raakt overladen. Het is beter wanneer voorlichting geportioneerd wordt aangeleerd. Dat vermindert de kans op langdradigheid en ook op eentonig werk.
- Bij groepsvoorlichting stemt men de boodschap af op het gemiddelde van wat men denkt dat bij de groep past. Voor ieder afzonderlijk geldt een persoonlijk doel. Een gevaar is dan, dat een aantal mensen niet bereikt wordt, terwijl ze toch lijfelijk aanwezig zijn.
- Iedere voorlichter loopt het gevaar van zendingsgedrag beticht te worden zodra hij het doel idealer voorstelt dan de bevolking het ervaart. Ondanks een uitgestippeld 0-jarigenplan zijn er terloops zaken veranderd.
- Naar gelang een voorlichtingsactie langer duurt wordt de kans op oververzadiging groter. De vraag vanuit de bevolking neemt dan af. Zo was er in de beginperiode veel vraag naar voorlichting op ouderavonden en in de tweede helft van het project vrijwel niet meer.
- Bij keuzemomenten voor preventie of curatie werd in principe natuurlijk voor het eerst gekozen. In de praktijk viel de voorlichtingsmedewerker wél in bij ziekte van de stoel-

assistente, maar gaf andersom het invallen in de voorlichting meestal problemen doordat de tandarts dan zonder hulp zou moeten werken.

Ook een behandelachterstand bij een deel van de patiënten viel meer op dan de voorlichtingsachterstand bij een groep intermediairen die een jaar niet werden benaderd.

- Het project richtte zich bij de aanvang alleen op de jongste groep kinderen en groeide met het ouder worden van die kinderen mee. Bij peuters is preventieve zorg de hoofdmoot. Curatieve zorg ging daardoor met de jaren steeds meer tijd vergen. Ongemerkt kan zo makkelijk een accentverschuiving naar curatieve zorg plaatsvinden. De werkwijze om preventie en curatie samen te laten gaan kan zo voor de preventie negatieve kanten inhouden.
- Voor de functie van voorlichtingsmedewerker zijn vier personen in dienst geweest en is in totaliteit een jaar sprake geweest van een vacature. Omdat men daarnaast tijdens de eerste maanden minder productief werkt, kan men stellen dat in de 8½ jaar projectperiode er ongeveer 6 jaar een ingewerkte voorlichter werkzaam was.

Dit wisselen van voorlichter geeft aanleiding de negatieve kanten van die functie te bezien:

Het effect van voorlichting is vaak niet direct waarneembaar; soms kost voor-

bereiding van het werk onevenredig veel tijd en vaak was het werk in de voorlichting solistisch.

Pas in het laatste stadium van het project is de full-time functie gesplitst in twee part-time banen, in de verwachting dat de collegiale steun de arbeidsvoldoening zou doen vermeerderen. Ten aanzien van de tandartsen was al van het begin afaan gekozen voor parttimers.

Toch zijn er ook de laatste drie jaar bij de tandartsen wisselingen geweest. In deze nabeschuiving over het project Tiel worden veel aspecten genoemd, die op het menselijke vlak liggen. Ze worden niet vaak in publikaties genoemd, maar zijn toch van veel belang geweest voor het verloop van het project.

Zo ook blijft het interessant de achtergronden te weten van de wisselingen bij de tandarts-medewerkers.

Treedt er een verzadiging op en kan men niet telkens weer enthousiast worden voor dezelfde G.V.O.?

Tegenover de patiënt laat men doorlopend de waarde van preventief gedrag blijken. Het grootste deel van de werktijd is de tandarts toch restauratief bezig. Zou dit leiden tot moedeloosheid? Resultaat van de voorlichting is moeilijk waarneembaar. Zonder regelmatige evaluatie van de gebitssituatie van groepen kinderen zou men de verbetering niet of nauwelijks merken 'aan de stoel'. Zou dit gebrek aan direct zichtbaar G.V.O.-resultaat minder arbeids-

voldoening geven?

Doordat men in het project in een groep werkt zullen sommigen wellicht minder het gevoel hebben voor de 'eigen' zaak te werken.

Of zou het werk gewoon te simpel (technisch) of te ingewikkeld (relatueel) zijn geweest?

Er is vrij weinig over bekend. Zeker is dat het project afhankelijk was van de toevallige personeelsbezetting. Dat was soms de sterkte en soms de zwakte ervan. Niet in alle projecten die in Nederland ontstaan zijn was er dan een Backer Dirks om dat manco op te vangen.

#### Summary:

Title: Is that possible?

A theoretically supported dental health program was put in practice in a small Dutch town (Tiel). In practice the working method changed. The author enumerates tasks and demands of the dental health worker in the program and shows the effect on dmfs in six year old children. At the end factors are traced that changed the program and that influenced the dental health education and the workers.

#### Literatuur:

1. Kalsbeek, H., Kwant, G.W. (1978): Het project kindertandverzorging Tiel, IV. De gebitstoestand bij kleuters van 4½-6 jaar, acht jaar na het begin van het project. Ned Tijdschrift Tandheelkd 85 : 500-506.
2. Kalsbeek, H. (1982): Het effect van T.G.V.O.-projecten bij de preventie van tandcariës.

Oktober 1982.

Adres: Boterkampsteeg 3,  
4001 AD Tiel.