

- Faassen, F. (Geaccepteerd voor publicatie in het Ned Tijdschr Tandheelkd): Implantatie mogelijkheden in de geatrotieerde onderkaak.
21. Eames, W. B., O'Neal, S. J., Monteiro, J., Miller, C., Roan, J. D., Cohen, K. S.

- (1978): Techniques to improve the seating of castings. *J Am Dent Assoc* 96: 432-437.
22. Denissen, H. W., Rejda, B. V., De Groot, K. (1978): Calciumhydroxylapatite/p-hydroxyethylmethacrylate (HA/p-HEMA) composites as natural tooth substitutes.

Trans 10th Ann Int Biom Symp San Antonio Texas 188.

Juli 1982.

Adres: Dr. H. W. Denissen,
Hoofdweg 17,
1058 AV Amsterdam.

MENINGEN

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.

DE ZORG OM EEN GOED BESTAAN*

C. O. EGGINK

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg – Mankracht

Inleiding

In 1979 bracht de schrijver van dit artikel een werkbezoek aan Suriname. Tijdens zijn verblijf aldaar werd hem de gelegenheid geboden de in het zuiden wonende Trio-Indianen te bezoeken.

De Trio-Indianen werden door Amerikaanse zendelingen ontdekt in de zestiger jaren van deze eeuw. Naast christianisering bracht hun begeleiding aandacht voor gezondheidszorg, hygiëne en voeding, hetgeen een bevolkingsexplosie tot gevolg had. De forse groei van de bevolking had op zijn beurt weer tot gevolg dat het jachtgebied niet meer voldoende opleverde. Om dit probleem op te lossen werd een nieuw dorp gebouwd aan een rivier. De nieuwe locatie waarborgde een sneller vervoer naar het jachtgebied en bood daardoor de mogelijkheid de voedselvoorziening veilig te stellen.

In het nieuwe dorp was een polikliniek gevestigd. Een Nederlandse verpleegkundige had er de leiding. Zij was tevens belast met het opleiden van een Indiaanse inwoner tot gezondheidsassistent. Deze extraheerde zowel tijdelijke als blijvende gebits-

elementen onder geleidings- en infiltratieanesthesie. Het viel op dat bij veel bewoners van het dorp de bovenfrontelementen verdwenen waren, hetgeen zich laat verklaren door de wijze van suikerriet kauwen. Het gemis van de frontelementen werd door velen als een probleem ervaren. Eenmaal op de hoogte gebracht van het bestaan van gebitsprothesen, ontstond er een grote vraag naar zulke vervangingen. Er werd niet alleen aan de gezondheidszorg aandacht besteed. Een onderwijzer onderrichtte zowel kinderen als volwassenen. Hij leidde ook Indianen op tot leerkrachten.

Waarom deze inleiding? In deze korte beschrijving zijn een aantal kernzaken aan de orde gesteld, die van belang zijn voor een discussie over gezondheid en gezondheidszorg en ook vandaag in Nederland hun betekenis hebben.

Beschouwing over gezondheid en gezondheidszorg

In de inleiding zijn als trefwoorden te beschouwen: gezondheidszorg en -assistent, verpleegkundige, suikerriet, probleem door tandverlies en de vraag naar oplossing hiervan, tandheelkundige kennisverwerving, en het geven van onderwijs. Uitgaande van deze trefwoorden is een structuur of model op te zetten. Echter, te definiëren

Samenvatting:

In deze bijdrage wordt aangesloten bij de omschrijving van gezondheid door Kuiper¹ als 'een gezond bestaan', het zich wel bevinden van het individu binnen zijn omgeving.

Op basis van een personalistische mensopvatting wordt de noodzaak geuit de opvatting over tandheelkundige zorgverlening grondig te wijzigen.

Niet de objectieve behoefte van de tandarts, maar de subjectieve vraag van het individu dient de mate van zorgverlening te bepalen. Het stelt het probleemoplossend, informatief en helpend handelen in de plaats van het voorschrijvende gedrag.

Ombuiging van de huidige opvatting zal moeten leiden tot:

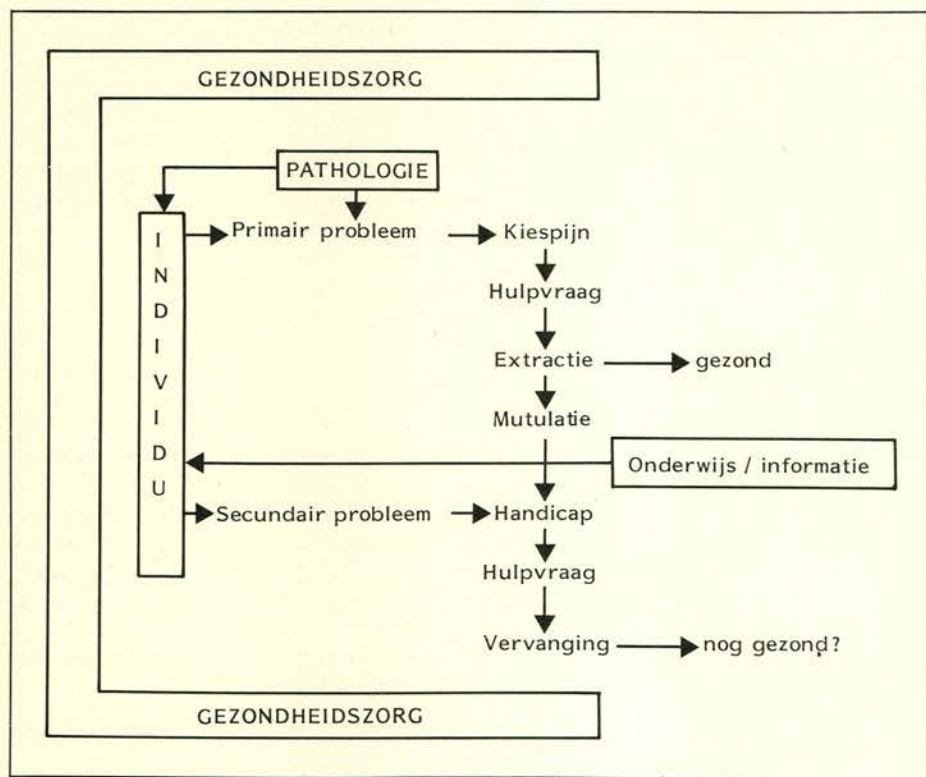
1. motiveren tot en stimuleren van zelfzorg;
2. structureren en aanbieden van mantelzorg;
3. openbaar maken van de hulpverlening;
4. optimaal gebruik van financiële middelen.

Het model van inclusieve gezondheidszorg van Kuiper¹ wordt tenslotte als model gebruikt voor een andere benadering van de tandheelkundige gezondheidszorg.

wat gezondheid is, is niet eenvoudig. Gezondheid wordt beïnvloed door, en is afhankelijk van, een groot aantal factoren (afb. 1). Van belang nu is welke uitgangspunten worden gehanteerd om de gezondheidstoestand te bepalen. Ter illustratie: is een Trio-Indiaan gezond als een acute klacht is weggenomen, dus als de frontelementen zijn geëxtraheerd, of moet er eerst een prothese vervaardigd zijn alvorens hij gezond te noemen is? En is iemand met bijvoorbeeld een partiële prothese gezond te noemen?

In de discussie over gezondheid en gezondheidszorg valt niet te ontkomen aan een omschrijving van het doel dat men wil bereiken. Het doel is echter afhankelijk van

* Naar een voordracht gehouden voor het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap op 31 oktober 1980.



Afb. 1. Model van de huidige gezondheidszorg.

welk uitgangspunt men hanteert. Gezondheidszorg is gericht op de mens en daarom is het onvermijdelijk de plaats van de mens in de gezondheidszorg nader te beschouwen. In zijn boek 'Mensopvatting en gezondheidszorg' gaat Kuiper¹ daar uitvoerig op in. Hij onderscheidt drie mensopvattingen:

1. De *individualistische*, die uitgaat van de autonomie van het individu. De mens maakt zelf uit wat goed voor hem is en streeft egocentrische doeleinden na.
2. De *personalistische*, die grote waarde hecht aan de zelfstandigheid en zelfontplooiing, maar in tegenstelling met de eerstgenoemde opvatting staat verantwoordelijkheid voor de medemens en de samenleving centraal.
3. De *determinalistische*, waarbij de invloed van externe krachten op de vorming van het individu als bepalend wordt gezien.

In de westerse maatschappij is de individualistische mensopvatting het meest verbreid. De maatschappelijke structuren, ook die der gezondheidszorg, zijn hierdoor bepaald. Op basis van deze mensopvatting maakt Kuiper¹ onderscheid tussen de technocratische of exclusieve gezondheidszorg, zoals wij die kennen, en de inclusieve gezondheidszorg. Hij sluit daarbij aan bij begrippen die Boerwinkel² introduceerde in zijn boek 'Inclusief denken'. Op analoge wijze maakt Schaub³ onderscheid tussen een medisch model en het positieve gezondheidsbegrip; volgens het laatste begrip heeft gezondheid meer te maken met

het zich wel bevinden als individu binnen zijn omgeving dan met niet ziek zijn. Gezondheid is derhalve de omschrijving van een individuele beleving, bepaald door wat het individu en zijn omgeving daarover denkt, en niet wat een deskundige als de wenselijke situatie ziet. Als voorbeeld moge gelden: de Indiaan zonder voortanden is objectief gezien niet ziek, hoogstens gehandicapt, maar hij voelt er zich niet wél bij, om welke reden dan ook.

Dat zich niet wél bevinden mondt uit in een beroep op het gezondheidszorgsysteem. De hulp die wordt verschaft hangt af van de mensopvatting die aan het systeem ten grondslag ligt. In onze maatschappij houdt het een technocratische, bedillierige en autoritaire benadering van de patiënt in. De verzorgers zijn van oudsher opgeleid, zelfs geïndoctrineerd kan men zeggen, met de gedachte dat de technisch-manuele vaardigheid het belangrijkste element van het tandheelkundig handelen is. Deze gedachte is vooral ingegeven door de wijze waarop de gebitselementen door cariës worden aangetast en het onvermogen om het gebit na behandeling cariës-vrij te houden. Veel aandacht wordt besteed aan technieken en methoden om restauraties, gericht op herstel van morfologie en functie, te vervaardigen. De randaansluiting en de randbreuk van een amalgaamrestauratie worden vaak als criterium voor het vernieuwen van een vulling gehanteerd. Het uitgangspunt is: hoe groter de randbreuk, des te groter de kans op cariës. De vraag is echter of door de verbeterde mondhygiëne het optreden van randcariës afneemt. Misschien mag

gesteld worden dat het optreden van randcariës eerder afhankelijk is van de mate van mondhygiëne dan van de mate van randbreuk. Toch worden heel wat vullingen overgemaakt vanwege randbreuk, waarbij wordt voorbijgegaan aan de schade die het uitboren van een restauratie met zich brengt. De iatrogene schade zou in dit geval erger kunnen zijn dan de potentieel pathogene.

Dit voorbeeld sluit aan bij de opvatting van Schaub³ als hij zegt: 'In het medische model is de tandarts verantwoordelijk voor de gezondheid van zijn patiënten.' Het herkennen van symptomen, het stellen van een diagnose en handelend optreden, hetgeen inhoudt extraheren of boren, zijn uitingen van een exclusieve deskundigheid. Een ander voorbeeld daarvan is de drinkwaterfluoridering, die internationaal door deskundigen als een zinvolle maatregel wordt aanvaard, maar door de bevolking nogal eens wordt afgewezen. Niet omdat men het gebruiken van fluoriden afwijst, maar vanwege het autoritaire aspect van de drinkwaterfluoridering. Het toenemend gebruik van fluoridebevattende middelen wijst erop dat velen bereid zijn ter wille van hun gezondheid fluoriden te accepteren. Het heeft er alle schijn van dat de mens bereid is zijn levenswijze en houding te veranderen mits hij maar over de nodige informatie beschikt die hem overtuigt van de noodzaak tot verandering. Met andere woorden, het lijkt erop dat het individu bereid is tot zelfverzorging bij zijn streven naar een gezond bestaan. Voor de tandheelkundige professie heeft deze bereidheid als consequentie dat er structuren en organisaties moeten worden gebouwd die gericht zijn op het beantwoorden van vragen en niet alleen op het verhelpen van klachten als de zelfzorg tekort schiet. Het is de vraag of de onafhankelijk werkende tandarts binnen zulke nieuwe structuren past. Erkend moet worden dat de tandheelkundige professie, zoals zij nu functioneert, nauwelijks een bijdrage heeft geleverd aan een gezond bestaan van de bevolking, zelfs niet van hen voor wie zij daadwerkelijk zorgde.³

Zijn wij er werkelijk op uit om door voorlichting en communicatie de zelfzorg te stimuleren? Deze vraag moet ontkennend worden beantwoord. Als verklaringen voor het tekort schieten op deze punten kunnen onder meer worden genoemd: het tekort aan mankracht, de geringe belangstelling van de kant van de patiënten en de kosten van de behandeling. Maar ligt de werkelijke oorzaak niet in de historisch gegroeide benadering van de tandheelkunde door de beroepsbeoefenaar als kleine zelfstandige?. Heeft het eigenlijk niet te maken met de mensopvatting die eerder uitgaat van een individualistische mensvisie dan van een personalistische? Zijn wij

niet erg gericht op het zelfstandig uitoefenen van het beroep, op eigen deskundigheid, op eigenbelang, in plaats van op het samen met de patiënt als individu en als deel van een groter geheel te streven naar verbetering van een gezond bestaan? Maar juist de stimulering van zelfzorg en zelfhulp zou en zal ten grondslag moeten liggen aan het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de tandarts – en niet alleen als zorgverlener – moet functioneren. Pas op de tweede plaats komt het handelen en behandelen, in overleg met de patiënt en na afweging van alle alternatieven. Dit eist van zowel de zorgverlener als van de zorgvrager een grote inbreng. Voor de zorgvrager omdat hij, volgens Kuiper¹, de plicht heeft zelfzorg na te streven, kritisch tegenover de gezondheidszorg moet staan en geen onnodig gebruik van gemeenschapsmiddelen mag maken. De plicht tot kostenbewustzijn geldt overigens ook de zorgverlener, omdat hij medebepalend is voor de wijze waarop de financiële middelen worden besteed, temeer omdat hij de ter beschikking staande middelen aanwendt.

De structuur van de zorgverlening

Het is gebruikelijk de behoefte aan tandartsen te relateren aan het aantal inwoners. Tijdens het Maatschappij-congres in Emmen is daar de nodige aandacht aan besteed. De verhouding tandarts: inwoners varieert nogal voor verschillende Europese landen (tabel I). Terzijde, in Suriname is er één tandarts per 20.000 inwoners beschikbaar. De discussie over het gewenste aantal tandartsen in Nederland is volop aan de gang. Men hoort allerwege dat er in 1990 een overschot van 1600 tandartsen zal bestaan. Onvermeld blijft echter dat bij een dergelijke berekening wordt uitgegaan van een verhouding van één tandarts op 2400 inwoners. In andere prognoses gaat men uit van 1 tandarts op 2000 inwoners en men koppelt daaraan een inkomen overeenkomend met een ambtelijk salaris van schaal 150, ongeveer f 100.000,— of drie maal het modale inkomen. Maar men vergeet te vermelden op welke grond men een bepaald aantal tandartsen bij een bepaalde bevolkingsgrootte gewent acht. Ter adstructie een drietal voorbeelden.

1. Tijdens het Maatschappij-congres te Emmen heeft Christensen⁴ gegevens vermeld over de ratio tussen aantal tandartsen en inwoners in Denemarken en het effect van de zorgverlening. Het percentage prothesedragers bij 35-44-jarigen blijkt vanaf 1945 gestadig af te nemen (afb.2). Het gemiddeld aantal gebitselementen blijkt bij verschillende leeftijdscategorieën van zorgvragers in dezelfde periode toe te nemen. Christensen⁴ schrijft deze resultaten toe aan de toename van het aantal tandartsen en

Tabel I. Overzicht van aantallen inwoners per tandarts en financiële middelen in verschillende landen (Ned Tandartsenblad 1980, nr. 37).

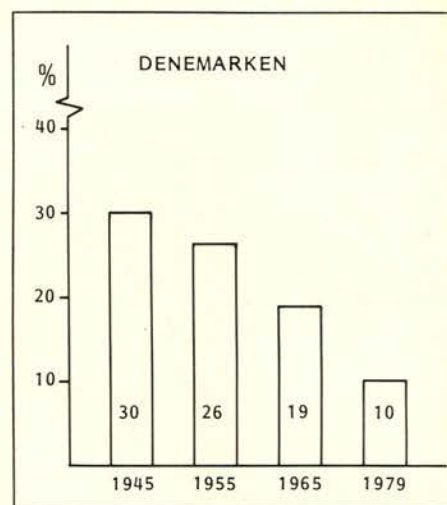
	Aantal inwoners per tandarts	% van het Nationaal inkomen voor tandheelkundige zorg
Duitsland	1840	1.00
Engeland	2940	0.22
Zwitserland	2388	0.80
Denemarken	900	2.30
Zweden	1060	1.00
Frankrijk	1743	0.18
België	2230	N.B.
Nederland	2821	0.50

aan een betere zorgverleningsstructuur.

In Nederland zijn niet veel gegevens bekend over het aantal prothesedragers. Schoemaker⁵ zegt tijdens de opening van het Maatschappij-huis: '... 40% van de volwassenen is in het bezit van een volledig of nagenoeg volledig kunstgebit.' Kalk⁶ gaat uit van 3 miljoen prothesedragers. Swallow e.a.⁷ komen na een onderzoek in de Amsterdamse Jordaan tot de in tabel II weergegeven verdeling van prothesedragers per leeftijdsgroep. Aangevuld met gegevens door Eijkman⁸ gepubliceerd, wordt het percentage volledige prothesedragers voor 35-44-jarigen op 36 geschat. Vergelijking met de cijfers van Christensen⁴ leidt tot de conclusie dat de huidige situatie in Nederland overeenkomt met die in Denemarken in het jaar 1945.

Ten aanzien van het aantal tandarts-specialisten kan, voorziet Egeydi⁹, uitgaande van de 100 thans geregistreerde specialisten voor mondziekten en kaakchirurgie, binnen afzienbare tijd een tot specialist opgeleide exodontist ontstaan. Hij schildert een situatie waarbij enkele 'gespecialiseerde' tandartsen omringd door hulpkrachten gezamenlijk de leiding hebben over een centrum; een situatie die Coppes¹⁰ nog steeds een aantrekkelijk perspectief acht. Echter, ook aan specialisten in de mondziekten en kaakchirurgie dreigt een overschot. Van der Laar¹¹ voorspelt dat in 1982 een optimaal aantal geregistreerde orthodontisten zal zijn opgeleid; hij gaat hierbij uit van de 130 die in 1978 geregi-

streerd stonden. Na 1988 voorziet Van der Laar een overschot. Iedereen herinnert zich echter ongetwijfeld de met zoveel verve gebrachte visie van de 5 hoogleraren in de Orthodontie die voor 1990 een aantal van 295 orthodontisten voor ogen hadden.



Afb. 2. Volledige prothesedragers in de leeftijdsgroep 35-44 jaar (Christensen⁴).

Zoals voor de tandartsen, geldt ook voor de specialisten de vraag of hun aantal wel te groot is. Wederom zal bij het beantwoorden van deze vraag de zorg om een goed bestaan moeten prevaleren. Trouwens, waarom ligt het inkomensniveau van specialisten zoveel hoger dan dat van de algemeen-practici? Wordt een specialisatie niet gekozen omdat het de belangstelling heeft?

Tabel II. Volledige prothesedragers per leeftijdscategorie in Nederland. □ schattingen.

Leeftijd	(Swallow, 1978)			
	15 jaar en ouder	45-54	55-64	65-71
%	23	49.2	61.4	82.6
	15-24	25-34	35-44	
%	9	25	36	(Eykman, 1979)

2. De jeugd dient de hoogste prioriteit te krijgen, zegt men. Het Rapport van de Centrale Raad¹² pleit voor een volledig georganiseerde jeugdverzorging. Dat heeft nogal wat reacties opgeroepen, omdat de algemeen-practicus voorzag dat hij dan geen kinderen meer in zijn praktijk zou krijgen. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde heeft daarop adequaat gereageerd door te stellen dat ook de huistandarts in deze organisatie zou moeten kunnen participeren. De staatssecretaris sluit zich hierbij aan¹³ evenals de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen in de nota 'Kiezen of Delen'.¹⁴ Wel moet de deelnemende tandarts een contract aangaan, waaraan sancties zijn verbonden; de deelnemende tandarts zal moeten voldoen aan voorwaarden betreffende de kwaliteit van de zorg, de wijze van controle en toetsing (VNZ¹⁴). Houden deze voorwaarden niet in dat de huistandarts eigenlijk een dienstverband aangaat? In dezelfde nota 'Kiezen en Delen' wordt veel aandacht besteed aan de wijze van zorg verlenen; de nadruk wordt gelegd op het motiveren tot zelfzorg. Het niveau van de mondhygiëne wordt van het grootste belang geacht. Er staat letterlijk: 'De zelfwerkzaamheid van de patiënt is zo belangrijk, dat het nodig is hem of haar hiertoe te verplichten, wil de zorgverlening optimaal kunnen functioneren.' Dit nu lijkt niet alleen een illusie, maar het is ook onredelijk, zeker wanneer daar financiële consequenties aan ver-

bonden worden. De gedachte is inmiddels ook achterhaald, immers, bekend is dat (de motivatie tot) gedragsverandering uitermate moeilijk is en een niet gering aantal patiënten is niet in staat een optimaal niveau van mondhygiëne te bereiken. Voor deze categorie is de professionele begeleiding en gebitsreiniging de aangewezen weg.

3. Mondhygiëne en parodontologie hebben zo niet alles dan toch veel met elkaar te maken. De VNZ-nota¹⁴ spreekt, verbazingwekkend, nauwelijks over parodontale afwijkingen, misschien op grond van de veronderstelling dat deze 'ziekte' bij de 0-18-jarigen nauwelijks voorkomt? Over de behoefte aan parodontale zorgverlening bestaat, wat Nederland betreft, weinig gegevens. In het Roodboek Parodontologie¹⁵ wordt in de slotbeschouwing vermeld dat:

- de helft van de jeugd tot 18 jaar professionele hulp nodig heeft om manifeste gingivitis te bestrijden;
- van de volwassenen in het bezit van eigen tanden tenminste 75% professionele hulp nodig heeft ten gevolge van parodontale afbraak;
- van de volwassenen 30% ernstige botafbraak toont.

Bij gesaneerde ziekenfondsverzekerden (1975) werd per 7,5 miljoen halfjaarlijkse controles 1,5 miljoen maal 'tandsteen verwijderen' gedeclareerd, ruim 130.000 maal mondhygiëne-instructie gegeven en 253 gingivectomieën verricht door specialisten in de mondziekten en kaakchirurgie. In het licht van de

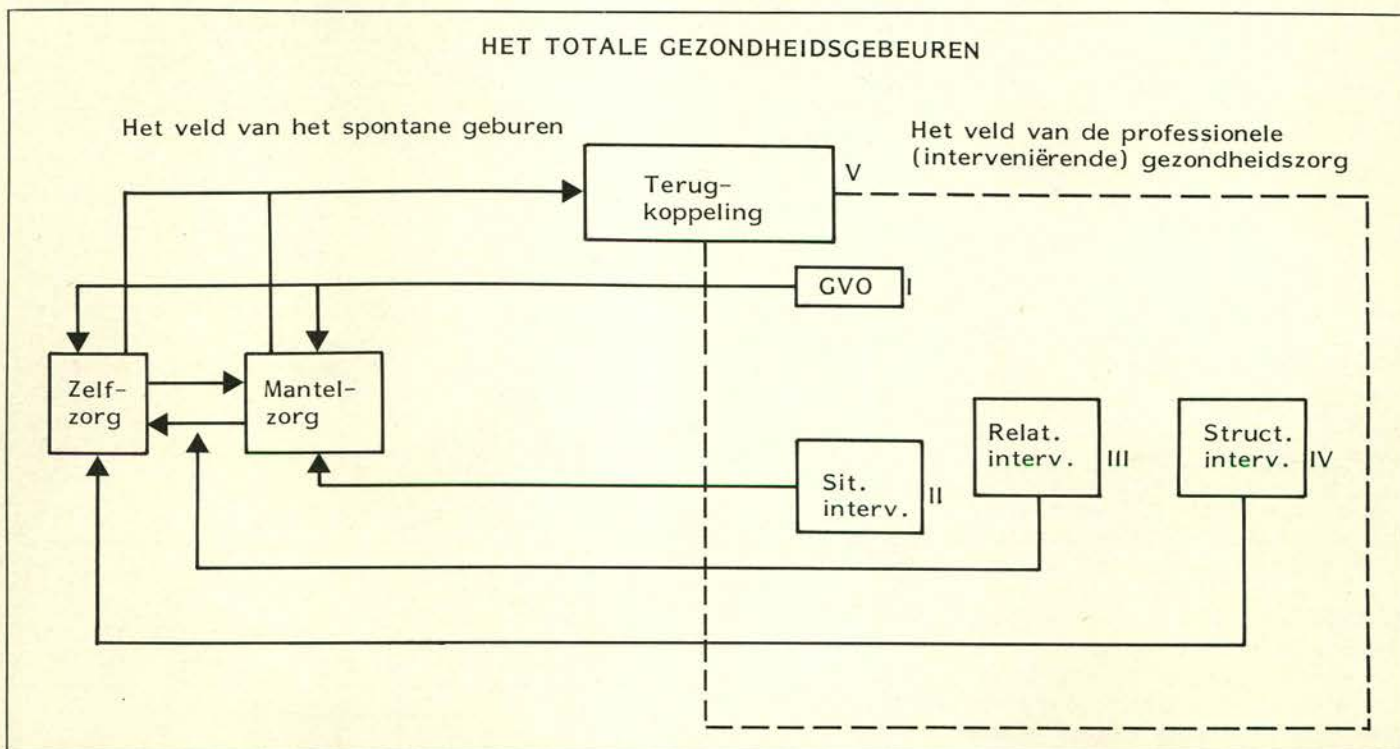
punten a/t/m c wordt er duidelijk onvoldoende parodontale zorg verleend.

Kan iemand in alle eerlijkheid, met de drie voorbeelden voor ogen, staande houden dat er te veel tandartsen worden opgeleid? Bedenken we daarbij dat Kalk⁶ verwacht dat het aantal gebitsprothesen dat jaarlijks moet worden vervaardigd vooralsnog niet zal afnemen, en dat per 1 januari 1980 206 full-time en 459 part-time tandartsen werkzaam waren in de kindertandverzorging in plaats van de 400 tandartsen en 1500 kindertandverzorgenden die in 1971 nodig werden geacht¹⁶ dan klemt deze vraag te meer. Het lijkt er sterk op dat beroepsbescherming te veel en beroepsverantwoordelijkheid te weinig in de visie op de hulpverlening meetelt. Toch is het niet onwaarschijnlijk dat wij tandartsen bereid zijn een bijdrage te leveren aan de zorg om een goed bestaan. Dit eist echter expliciete doelstellingen en het hanteren van uitgangspunten die hebben te maken met mensopvattingen samenleving.

Uitgangspunt voor het expliciteren van doelstellingen moet de personalistische mensopvatting zijn. Op basis daarvan wordt gekozen voor een exclusieve gezondheidszorg of, in de woorden van Schaub³, het positieve gezondheidsbegrip.

Als doelstellingen zijn dan te formuleren:

- Het motiveren tot en stimuleren van zelfzorg.
- Het structureren van de zorgverlening, waarin de zelfzorg en de toegang tot de mantelzorg wordt geoptimaliseerd.



Afb. 3. Model van een inclusieve gezondheidszorg (Kuiper¹).

3. Het openbaar maken van de zorgverlening, zowel interprofessioneel als naar de consument.
4. Het aanpassen van de financiële middelen aan en het richten ervan op de bovengenoemde doelen.

Kuiper¹ heeft een model voor de inclusieve gezondheidszorg ontworpen (afb. 3). Op basis van dit model kunnen de algemene doelen die hierboven zijn genoemd, worden geëxpliciteerd en geoperationaliseerd. In het nu volgende zal nader op dit model worden ingegaan en zal worden getracht het toe te snijden op de tandheelkunde. Zoals blijkt uit afb. 3 zijn er vier interventies van belang.

1. De educatieve interventie

Deze heeft tot doel om het gezondheidsgedrag te bevorderen. Er is steeds weer informatie nodig over de nieuwste inzichten betreffende een gezonde levenswijze en methoden van zelfzorg. De educatieve deskundige kan óf rechtstreeks óf via de zorgverleners de informatie overdragen. Vertaald naar de tandheelkundige realiteit zijn er drie aspecten te onderscheiden:

- a. het geven van onderwijs aan de consument;
- b. het geven van algemene voorlichting;
- c. het geven van individuele voorlichting.

Het geven van onderwijs staat primair. Eijkman⁸ concludeert op grond van literatuuronderzoek: 'Voorts is het duidelijk dat een slechte gebitsgezondheid verband houdt met een lage sociaal-economische status.' Cassee¹⁷ zegt: 'Mensen uit een lagere sociaal-economische klasse weten minder en krijgen bovendien minder informatie.' Uit deze citaten mag worden geconcludeerd dat een slechte gebitsgezondheid verband houdt met minder weten en minder informatie krijgen. Een belangrijk doel is daarom in het kleuter-, basis- en voortgezet onderwijs een vak gezondheidszorg of -kunde te doen opnemen. In Nijmegen wordt een proefopzet in deze getest. Dit pakket dient ook aan de ouders en andere opvoeders te worden aangeboden om een kloof in de kennis tussen ouders en kind te voorkomen.

De algemene voorlichting vereist inschakeling van de nieuwsmedia en daartoe in aanmerking komende organisaties. Het op ruime schaal verspreiden van folders over parodontologie en de prothese zijn goede voorbeelden van algemene voorlichting.

De individuele voorlichting kan onder meer geschieden aan moeders via het consultatiebureau, de wijkverpleging en de kruisvereniging. Daartoe zal de tandheelkunde echter daadwerkelijk in deze instellingen moeten worden ingepast.

2. De situationele interventie

De tandheelkundige professe kan en moet

bij de situationele interventie een belangrijke rol spelen. Het creëren van een beleidsorgaan voor de tandheelkunde door het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is een voorbeeld van een dergelijke interventie op *macro-niveau*. De brede discussie binnen de Maatschappij Tandheelkunde over de jeugd tandverzorging naar aanleiding van het Rapport van de Centrale Raad¹² en de reactie daarop van de Staatssecretaris, is een tweede voorbeeld van de positieve invloed die de professe kan uitoefenen op gezondheidsstructuren.

Op *meso-niveau* kan de nota 'Kiezen en Delen' van de VNZ¹⁴ als voorbeeld van de situationele interventie worden opgevoerd. Deze nota opent immers voor het individu de mogelijkheid gebruik te maken van de mantelzorg en zelfzorg te leren. De organisatorische structuur geeft daarvoor meer mogelijkheden dan het particuliere initiatief. Minder positief, om niet te zeggen negatief, zijn de interventies die zich richten op vermindering van het aantal op te leiden tandartsen. Beter ware het het primaire doel ook primair te houden en evenals het VNZ¹⁴ te Kiezen voor de inclusieve gezondheidszorg en te Delen wat betreft praktijken, c.q. inkomens.

3. De relationele interventie

Deze interventie betreft de volgende betrekkingen: tandarts-patiënt, tandartstandarts en tandheelkunde-consument. Hierbij geldt als voornaamste doel 'het openbaar maken van de tandheelkunde', zoals Rijnsburger¹⁸ dit wel eens heeft genoemd. Ter illustratie: epidemiologisch onderzoek in Nederland, maar ook daarbuiten, maakt gebruik van allerlei bestaande organisaties zoals de militair tandheelkundige dienst, schooltandverzorgingsdiensten en scholen. Er zijn echter nauwelijks gegevens bekend uit de algemene praktijk. Wat binnen de georganiseerde zorgverlening wel mogelijk blijkt, kan blijkbaar niet binnen de individuele praktijk. Durft men zich niet bloot te geven? Is het te bedreigend? Alle tandheelkundig handelen dient openbaar gemaakt, onderzocht en besproken te worden.

4. De structurele interventie

Hieronder wordt het tandheelkundige handelen in engere zin verstaan: de curatieve en palliatieve interventie in de dagelijkse praktijk.

Slot

In het voorgaande zijn doelstellingen besproken die fundamentele en principiële van aard zijn en verder gaan dan het tandheelkundig behandelen van de patiënt. Het zijn doelen die wellicht tegengesteld zijn aan het eigen belang. Zij leiden tot de volgende vragen.

- Zijn wij tandartsen bereid een systeem van inclusieve gezondheidszorg te aanvaarden?
- Zijn wij bereid in georganiseerd verband zorg te verlenen en het 'vrije beroep' ter discussie te stellen?
- Zijn wij bereid deze tandheelkundige zorg te verlenen binnen de financiële mogelijkheden?

Kortom, zijn wij bereid door tandheelkundige zorgverlening een bijdrage te verlenen aan een gezond bestaan? Het zal niet eenvoudig zijn deze vragen positief te beantwoorden, maar hopelijk geven zij voldoende aanleiding tot discussie.

Summary:

Title: Concern about a good existence.

Key words: Social dentistry - Health care - Manpower.

This article proceeds from Kuiper's definition of health¹ as 'a healthy existence': the individual's well-being within his environment.

On the basis of a personalistic man concept, it is urged that views on the provision of dental care be thoroughly changed.

The extent of the care provided should be determined, not by the objective requirements of the dentist but by the individual patient's subjective demands. Prescriptive behaviour should be replaced by a problem-solving, informative and helpful approach.

Modification of current views should lead to:

1. motivation to and stimulation of self-care;
2. structuration and presentation of comprehensive care;
3. publicity about the provision of care;
4. optimal utilization of financial means.

Kuiper's model of comprehensive health care is then applied to an outline of a different approach to dental health care.

Literatuur:

1. Kuiper, J. P. (1980): Mensopvatting en Gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen.
2. Boerwinkel, F. (1969): Inclusief denken. Werkgroep 2000/Paul Brand, Bussum, 9e druk.
3. Schaub, R. M. H. (1980): Een beschouwing over het begrip gezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 87: 332.
4. Christensen, J. (1980): The Danish dental health system. Ned Tandartsenbl 35: 864.
5. Schoemaker, A. J. C. (1980): Toespraak bij de opening van het nieuwe Maatschappij-huis. Ned Tandartsenbl 35: 913.
6. Kalk, W. (1979): Het kunstgebit een blij bezit? Academisch proefschrift, Vrije Universiteit.
7. Swallow, J. N., Groenestijn, M. A. J. van, Maas-de Waal, C. J., Mileman, P. A. (1978): A survey of edentulous individuals

- in a district in Amsterdam, the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 6: 210.
8. Eijkman, M. A. J. (1979): Tandarts en patiëntenvoorlichting. *Academisch proefschrift*, Vrije Universiteit.
 9. Egyedi, P. (1980): De kaakchirurgische zorg in de toekomst. *Ned Tandartsenbl* 35: 857.
 10. Coppes, L. (1980): Een toekomstvisie naar aanleiding van 12½ jaar parodontologie aan de Universiteit van Amsterdam.
 11. Laar, A. J. W. van der (1980): De ontwikkeling van de orthodontie in Europa. *Ned Tandartsenbl* 35: 860.
 12. *Centrale Raad voor de Volksgezondheid* (1977): Advies inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland. *Ned Tandartsenbl* 32: 497.
 13. *De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne* (1980): Tandheelkundige voorzieningen. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.
 14. *Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen* (1980): Kiezen en Delen, discussienota.
 15. *Roodboek Parodontologie* (1979): Fundament Heel. Uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie.
 16. *Commissie Mahler* (1968): Nota inzake de tandheelkundige verzorging in Nederland.
 17. Cassee, E. Th. (1973): Naar de dokter. Boom Boeken, Meppel.
 18. *Rijnsburger, B. E.* (1978): De georganiseerde jeugdtandverzorging. Het Model Drenthe. *Academisch Proefschrift*, Vrije Universiteit.
- Mei 1982. Adres: Prof. Dr. C. O. Eggink, De Boelelaan 1115, 1081 HV Amsterdam.

REDACTIONEEL

G. TH. E. R. ARNOLD AFGETREDEN ALS PENNINGMEESTER VAN DE STICHTING NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR TANDHEELKUNDE

Zoals wij reeds in de januari-aflevering hebben gemeld heeft collega G. Th. E. R. Arnold na het neerleggen van zijn praktijk in 's-Gravenhage zijn reeds eerder genomen besluit ten uitvoer gelegd en is naar Canada geëmigreerd. Dit vertrek had tevens tot gevolg dat hij zijn lidmaatschap van het Dagelijks Bestuur van de Stichting moest beëindigen.

Met zijn afscheid verliest de Stichting niet alleen een kundig en wijs bestuurslid maar vooral een vakbekwaam penningmeester. Hij bekleedde deze functie sinds 1975. In deze relatief korte spanne tijds van zeven jaren heeft hij bewezen in staat te zijn de hem toevertrouwde, vaak wat zorgelijke problematiek binnen het tijdschriftbestel snel te kunnen analyseren en tot een goede oplossing te brengen. Het bleken de Bijbelse zeven vette jaren te zijn voor de Stichting en daarmee voor het Tijdschrift en haar abonnees.

Met recht past op deze plaats een woord van grote waardering en dank voor een integer collega. Wij zullen hem node missen. Desondanks wenst het Algemeen Bestuur van de Stichting en daarmee ook de Redactie hem van harte een groot aantal goede jaren toe in een ver en misschien toch nog dichtbij land.

v.S.