

10. Denissen, H. W., De Groot, K. (1979): Immediate dental root implants from synthetic dense calcium hydroxylapatite. *J Prosthet Dent* 42: 551-556.
11. Denissen, H. W., Makkes, P. Ch., Van den Hooff, A., Klopper, P. J., De Groot, K. (1981): Dense apatite implants: The bonding to alveolar bone. *Implantologist* 2:56-64.
12. De Putter, C., De Groot, K., Sillevius Smitt, P. A. E., Van den Hooff, A. (1981): Dichtgesinterde calciumhydroxylapatieimplantaten, transmucosaal toegepast. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 88:424-428.
13. Liem, R. S. B., Jansen, H. W. B. (1982): Preparation of partially decalcified sections of human dental enamel for electron microscopy. *Caries Res* 16:217-226.
14. Veldhuis, A. A. H., Denissen, H. W., Schade, G. J., Sillevius Smitt, P. A. E. (1982): Overlevingsduur van vitale, met mucosa overhechte, tandwortels. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 89:75-78.
15. Robbins, J. W. (1981): Periodontal considerations in the overdenture patient. *J Prosthet Dent* 46:596-601.
16. Denissen, H. W., Veldhuis, A. A. H., Makkes, P. Ch., Van den Hooff, A., De Groot, K. (1980): Dense apatite implants in preventive prosthetic dentistry. *J Clin Prev Dent* 2:23-28.
17. Schnitman, P. A., Shulman, L. B. (1979): Recommendations of the Consensus Development Conference on Dental Implants. *J Am Dent Assoc* 98:373-377.

November 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.

### Redactioneel

## HET EERSTE INTERIMRAPPORT VAN DE ADVIESCOMMISSIE OPLEIDING TANDARTSEN, A.O.T.

### EEN ONTSTELLEDE ERVARING

#### 1. Inleiding

In een rapport van 10 bladzijden en 5 pagina's bijlagen heeft de commissie een materie samengevat, waarover een kloek boekwerk te schrijven zou zijn. Enerzijds zijn wij verheugd over de korte en bondige leesstof. Het is een verademing na de vele rapporten waarin men vastloopt in de woordenbrij en het spoor bijster raakt. Ook verliest de commissie zich niet in overbodige details. Het is een rapport voor de minister en men moet het hem niet te moeilijk maken met de tandheelkunde. Tot zover niets dan goeds, maar daar blijft het dan ook bij. Het 'anderzijds' volgt hierna.

#### 2. De aanbiedingsbrief

Om nu iets verstandigs over een zo belangrijke zaak te zeggen is het goed te beginnen bij het begin en wel bij de aanbiedingsbrief. 'Het A.O.T. heeft gemeend' . . . . 'in deze fase van haar werkzaamheden enige aanbevelingen te moeten toevoegen.' Wij vragen ons af, waarom? Het ware goed geweest indien de commissie dit had toegelicht. Zij noemt wel haar uitgangspunt: ' . . . dat deze aanbevelingen indicatief zijn voor de richting waarin zich haar voortgaande gedachtenbepaling zal ontwikke-

len, waarbij zij zich bewust is van de personele en logistieke consequenties, die van genoemde aanbevelingen het gevolg kunnen zijn.' De commissie doet dus aanbevelingen met verstrekkende gevolgen, zoals zij zelf zegt, maar zonder een spoor van een degelijke onderbouwing. Dit is ronduit verbijsterend, zeker tegen de achtergrond van de taakomschrijving die zij van de minister heeft meegekregen.

#### 3. De taakomschrijving

In deze taakomschrijving staat heel duidelijk waarover de commissie advies moet uitbrengen: ' . . . de opleiding tot tandarts, de specialistische tandheelkundige vervolgoopleidingen, de post-academische naschoolse bijscholing . . .'; over het onderwijs dus. De minister heeft aan de opdracht echter nog een voorwaarde verbonden. Het moet geschieden ' . . . tegen de achtergrond van de kwalitatieve en kwantitatieve maatschappelijke vraag en behoefte aan tandheelkundige gezondheidszorg'.

Om aanbevelingen zonder meer wordt dus niet gevraagd. Deze moeten aan bepaalde voorwaarden voldoen, een kader dat wordt gevormd door de maatschappelijke vraag en behoefte. Geen geringe taak dus. De commissie is echter aan de verkeerde

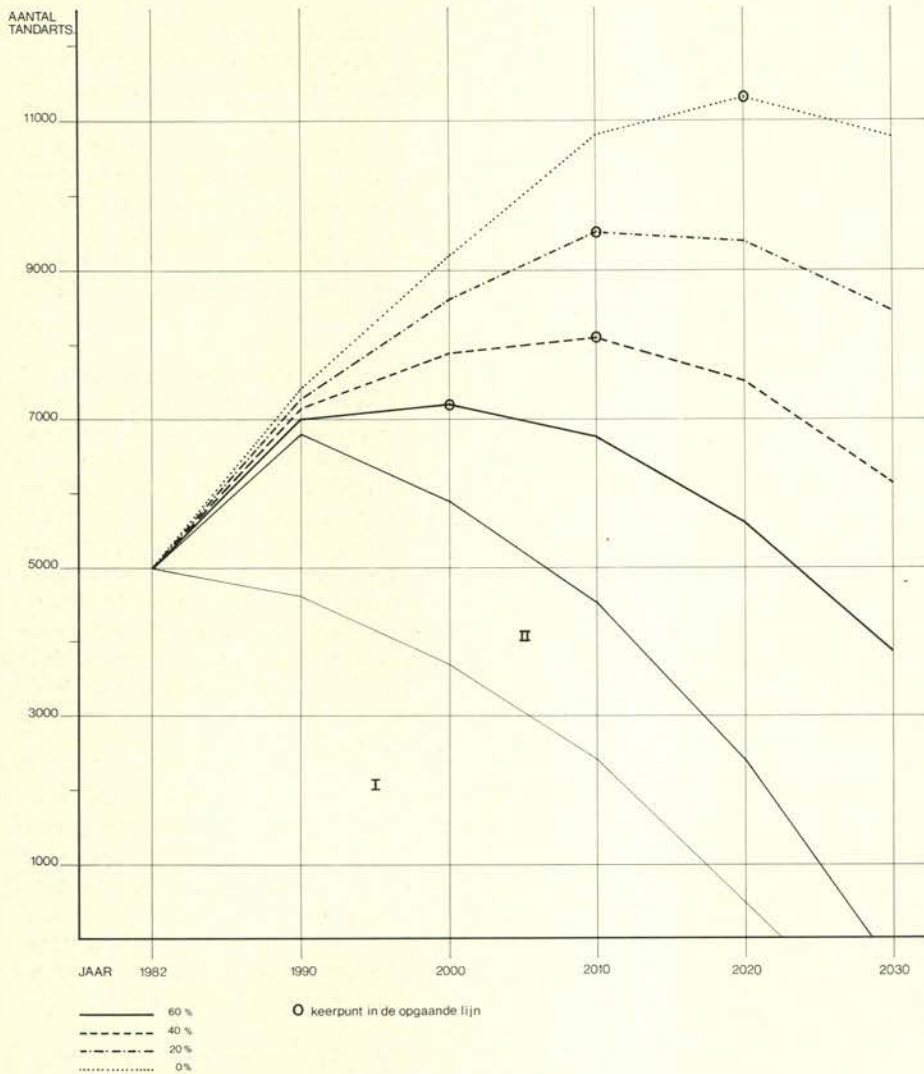
kant begonnen met haar berekeningen van de gewenste aantallen tandheelkundige werkers in de gezondheidszorg. Zij zegt namelijk geen woord over die maatschappelijke vraag. Zij kan dit ook niet want, alle mooie rekensommetjes ten spijt, zij weet maar uiterst weinig op dit punt. De maatschappelijke vraag is nooit grondig onderzocht, maar zij is zeker iets geheel anders dan de maatschappelijke consumptie, zoals die tot op heden is berekend.

Wat voor de vraag doorging werd steeds van bovenaf aan de werkers opgelegd in de vorm van verstrekkingspakketten van organisatiesystemen als ziekenfondsen en schooltandverzorgingsdiensten. Deze verplichte consumptie werd ook steeds afgestemd op het tot voor kort 'veronderstelde tekort aan tandartsen'. Van de echte maatschappelijke vraag die de minister op het oog heeft: wat wil de bevolking, wat wil de patiënt, daarvan is niets bekend. Al een halve eeuw lang is alleen maar vastgesteld wat de beroepsgroep aan kon aan werkbelasting en wat de organisaties konden en wilden betalen.

Dát was het wat de bevolking aan tandheelkundige zorg kreeg toegediend. Dat voorzag in de (welke?) vraag. Dat bepaalde eveneens het 'veronderstelde tekort aan tandartsen' tot ver in de jaren zeventig. Dat zal, zo vrezen wij, ook het 'veronderstelde overschot aan tandartsen' bepalen, waar de commissie blijkbaar zo beducht voor is en dat zij voor de komende halve eeuw wil bestrijden.

De commissie moet nu schoon schip maken. Zij doet dit niet door het bepalen van die maatschappelijke vraag. Daar zijn deze tijden van schaarste blijkbaar niet naar, want dat wordt te duur. Neen zij wil slechts saneren door de voor de tandheelkundige zorgverlening beschikbare gelden, vertaald in verrichtingen, als maatstaf te gebruiken voor het aantal werkers dat door de universiteiten mag worden afgeleverd. Waar de minister zelf verlangt dat de commissie de maatschappelijke vraag en behoefte hanteert bij het beoordelen van de





Afb. 1. Grafiek als op pag. 3a van het A.O.T.-rapport, uitgebreid met de te verwachten aantallen tandartsen bij vier keuzemogelijkheden voor de reductie van de instroom van het aantal studenten.  
I: Reeds beschikbaar per 1 januari 1982. (In feite 5212, naar beneden afgerond op 5000.)  
II: Eerstejaarslichtingen voor 1983/1984.

samenhang tussen de opleidingen van de tandheelkundige mankracht, moeten wij vaststellen dat de commissie hieraan volde dig is voorbij gegaan.

#### 4. De berekeningen

Wat heeft de commissie nu in feite in dit interimrapport gedaan? Zij stelt een berekening op van de leeftijdsopbouw van de tandheelkundige beroepsgroep van 1982 tot 2030, dus over de periode van een halve eeuw, uitgaande van de huidige instroom van studenten. Daarnaast plaatst zij de alternatieven bij een verminderde instroom van 20%, 40% en 60%. In een grafiek (pag. 3a) zet zij lijnen uit voor de door haar geschetste keuzemogelijkheden. Wat blijkt nu: Het thans (per 01-01-1982) functionerende tandartsenbestand heeft in 2022 het hoofd in de schoot gelegd; mag de lichte ring van eerstejaars uit 1982 nog afstuderen dan betekent dit een uitstel van zes jaar tot

2028. Blijven we echter tandartsen opleiden dan betekent dit (zie afb. 1), bij een ongewijzigde instroom van 465 eerstejaarsstudenten, over 50 jaar een totaal bestand van 10.800 tandartsen; bij een 20% reductie van de instroom 8.400 tandartsen; bij 40% reductie wordt dit aantal 6.500 en bij 60% afname zelfs 3.900 tandartsen in het jaar 2030. Voor die 40% reductie van de instroom heeft de commissie blijkens haar aanbevelingen gekozen. In de grafiek op pag. 3a van het rapport, zie afb. 1, komt behalve de wat vreemd en nutteloos aandoende lijnen die ontstaan wanneer de tandartsen mogen uitsterven, slechts het alternatief van 40% reductie voor. Het waarom van deze voorkeur blijft in nevelen gehuld. Bij nadere bestudering van de grafiek van afb. 1 blijkt dat bij iedere keuze van instroom van eerstejaarsstudenten een knik in de aanvankelijk nog opgaande lijn van aantallen tandartsen optreedt waarna het aantal weer afneemt als aangegeven in onderstaande tabel.

reductie	jaar	tandartsen
0%	2020	11.300
20%	2010	9.500
40%	2010	8.100
60%	2000	7.200

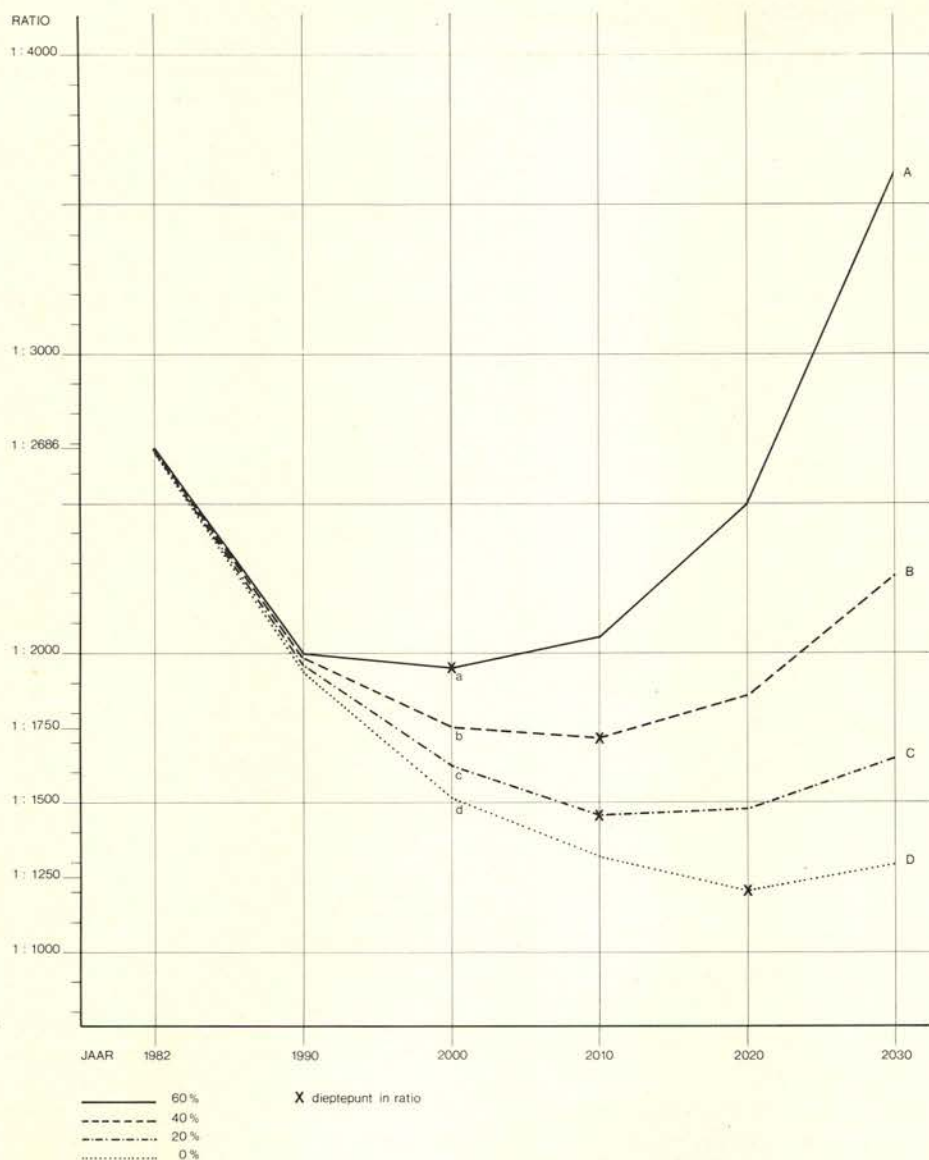
Hieruit blijkt nu dat bij de vier keuzemogelijkheden het tandartsenbestand blijft stijgen tot het jaar 2000.

#### 5. De tandartsdichtheid

Belangwekkend is nu om de ratio, het aantal zielen per tandarts, te berekenen, aangenomen dat de bevolking groeit op 14 miljoen stagneert en dat alle tandartsen evenveel patiënten voor hun rekening nemen, ook de vrouwen, de partimers en de 65-plussers. Ook allerlei andere randvoorwaarden blijven buiten beschouwing, zoals ook bij de commissie. In de grafiek (afb. 2) is het verloop van de ratio over de periode van 50 jaar uitgezet en het dieptepunt daarin aangegeven (+). Tevens zijn de ratio's vermeld in het jaar 2000 en in 2030 met de onderlinge verschillen.

Het behoeft geen betoog dat de voorspellende waarde van rekensommen over het bestek van een halve eeuw, hoe aantrekkelijk ook op het eerste gezicht, op zichzelf een hoogst onbetrouwbare basis vormen voor een overheidsbeleid. Slechts in het verband met een reeks factoren als vermeld in §6 krijgen dergelijke berekeningen hun betekenis. Een flexibel beleid is meer op zijn plaats dan de afbraak van onderwijs- en onderzoekspotentieel door sluiting of fusie van subfaculteiten. Ook in de geschiedenis der mensheid blijkt retrospectief slechts hoe weinig op een dergelijke termijn had kunnen worden voorzien. Wanneer wij het magische jaar 2000 als redelijk richtpunt kiezen en de bevolking zich op het huidige peil handhaaft, dan geeft de ratio van het aantal patiënten per tandarts nauwelijks noemenswaardige verschillen aan tussen de uiteenlopende bovengenoemde reductiepercentages (afb. 2). Geen reden dus om met ingrijpende operaties deze instroom te verminderen. De wal zal het schip keren, zoals dit vandaag de dag reeds blijkt. Het aanbod van tandheelkundige studenten loopt spontaan terug en de open plaatsen moeten door buitenlanders worden bezet. Het door de commissie zo gevreesde 'stuwmeer' van overtollige tandartsen is slechts een hersenspinsel. Geen verstandig student begint aan een zo specifieke opleiding wanneer de toekomstverwachtingen niet redelijk zijn. Ook de algemeen vormende waarde kan geen argument zijn om voor de tandheelkundige studie te kiezen.





Afb. 2. Aantal patiënten per tandarts bij een constante bevolking van 14 miljoen.

In het jaar 2000 is de ratio – voor de onderscheiden reductiepercentages – bij:

punt a 1:1944 a-b = 172;  
 punt b 1:1772 b-c = 144;  
 punt c 1:1628 c-d = 123.  
 punt d 1:1505

In het jaar 2030 is de ratio – voor de onderscheiden reductiepercentages – bij:

punt A 1:3590 A-B = ± 1300;  
 punt B 1:2258 B-C = ± 600;  
 punt C 1:1647 C-D = ± 350  
 punt D 1:1296

## 6. Vraag en behoefte

Voor het optimale aantal tandartsen dat binnen de bevolking werkzaam zou moeten zijn bestaat geen absolute norm. Vergelijking met het buitenland toont dit duidelijk aan. De verschillen zijn groot. Bij de aanpak van dit mankrachtprobleem zal blijken dat een aantal randvoorwaarden een doorslaggevende rol kunnen spelen. De voornaamste zullen thans worden aangegeven, waarbij tevens aan de orde zal komen in welke mate zij door de professie te beïnvloeden zijn.

### 6.1. De bevolkingsgroei

Deze kan slechts worden berekend door extrapolatie van bekende cijfers uit het verleden. Wij zullen dit hier niet doen, doch slechts vaststellen dat een stagnatie laat staan een afname niet te verwachten is. De professie heeft hierop geen invloed.

### 6.2. De economie

Deze bevindt zich, als bekend, in een 'diepdal'. Een oordeel in hoeverre hierin op korte termijn verbetering te verwachten is, valt buiten onze competentie. Calamiteiten daargelaten, is echter enig optimisme

eerder gerechtvaardigd vanuit de huidige ongunstige uitgangspositie. Van beïnvloeding door de professie is geen sprake.

### 6.3. De wetenschappelijke ontwikkeling

Deze zal zonder twijfel zowel op preventief als op curatief terrein een positieve invloed op de tandheelkunde hebben. De groei van het volume aan klinische mogelijkheden betekent een vergroting van de werkbelasting.

### 6.4. De tandheelkundige zorgverlening

Deze valt zowel in de beleidssfeer als in de uitvoering onder invloed van de professie. Over de inhoud van de zorg zou veel te zeggen zijn. Dit valt echter buiten het bestek van deze bijdrage. Belemmerende zorgverleningssystemen met beperkte pakketten stammend uit de tijd van het grote tekort aan mankracht, zoals de ziekenfondsen hanteren, zouden een ingrijpende herstructurering moeten ondergaan. Geen goedkope hulp, maar kwalitatief de beste hulp geeft rendement aan de zorg op de langere termijn.

De ombouw moet er op gericht zijn de bevolking, de mondige consument, de patiënt te laten beslissen hoe het beeld van de tandheelkundige zorg eruit moet zien. De talrijke risicogroepen en de verschillende soorten gehandicapten zullen dan ook hun specifieke eisen aan de zorgverlening stellen. Dit brengt ons op het cruciale punt.

### 6.5. Het informatieniveau van de bevolking

Het effect van (T.)G.V.O. en van preventieve maatregelen met de daarmee samenhangende cariësdaling kan niet anders dan de gezondheidsbewustheid bij de bevolking, ook wat de mond aangaat, stimuleren. De mond, het gebit is dan meer dan een tijdelijk bezit. Een hogere gezondheidsgraad van de mond vereist meer zorg.

De latente vraag: de grote aantallen die geen hulp vragen, maar deze wel behoeven naar objectieve maatstaven, zullen door betere motivatie hun gedrag wijzigen. Wordt de latente vraag geactualiseerd en stijgt het informatieniveau bij de bevolking, dan zullen in het jaar 2000 méér mensen meer en betere hulp verlangen, omdat zij op de hoogte zijn van de aan de tandheelkunde te stellen eisen. Dit vereist dan een goed opgeleide professie, die een aanzienlijk betere kwaliteit levert dan tot dusver het geval was. Verwacht mag worden dat de consument, al dan niet georganiseerd, deze kwaliteit zelf zal bewaken, en dit bij voorkeur in goede samenwerking met de professie. Kwalitatieve controle zal dus inderdaad van de grond moeten komen. En dat niet alleen. Zij zal ook tot tevredenheid van beide partijen moeten functioneren.



Het verbeteren van het informatieniveau is een gezamenlijke inspanning van tandartsen en consumentenorganisaties en niet te vergeten de industrie, die heden ten dage duidelijk het voortouw heeft genomen.

#### 6.6. De hulpkrachten

Wij gebruiken hier met opzet deze term. Goede hulpkrachten – mondhygiënist, tandtechnici en tandartsassistenten – zijn zeer gewaardeerde medewerkers voor de tandarts en hebben geen quasi-statusverhogende benaming nodig. Vast staat dat kwaliteitsverbetering op curatief terrein meer gespecialiseerde kennis en vaardigheden vereist. Dit betekent geenszins dat een tandarts dan letterlijk en figuurlijk te goed zou zijn voor eenvoudige werkzaamheden. Het afstoten van deeltaken uit het curatieve handelen van de tandarts naar andere dan genoemde hulpkrachten betekent slechts verwarring voor het publiek en bevestiging van het eigen minderwaardigheidsgevoel van de tandarts. Elke kunstmatige inbouw is uit den boze.

Een zelfstandige status voor de mondhygiënist is onder de huidige omstandigheden een heilloos experiment. In een goed georganiseerde praktijk kan in uitstekende samenwerking meer voor de patiënt gedaan worden dan daar buiten.

#### 7. De conclusies

7.1. De maatschappelijke vraag en behoefte dienen te worden vastgesteld alvorens over de gewenste aantallen tandartsen gesproken wordt.

7.2. De periode tot het jaar 2000 is voor voorspellingen op dit punt beter te overzien dan een halve eeuw.

7.3. Een aantal factoren maakt een toename van de vraag naar tandheelkundige zorg hoogst waarschijnlijk.

7.4. Vastgesteld moet worden welke verhouding tussen de aantallen patiënten en tandartsen in doorsnee verantwoord is voor een aanvaardbare werkbelasting van de tandarts.

7.5. De in de grafiek aangegeven verschil-

len in die verhouding bij verminderde instroom van studenten rechtvaardigen althans de daarvoor noodzakelijke amputaties bij de tandheelkundige subfaculteiten.

7.6. Het is een treurige zaak dat de minister bij zijn bezuinigingsvoorstellen in het kader van de TVC-operatie bij de universiteiten gebruik heeft gemaakt van dit Interimrapport, omdat de commissie daarin de kwestie van de vraag naar tandheelkundige zorg niet heeft beantwoord.

7.7. Tandheelkunde behoort synoniem te zijn met kwaliteit, anders is zij zinloos. Het is de taak van het onderwijs om dit mogelijk te maken en van de professie en haar organisaties om dit te bewaken.

7.8. Ook al zou in Nederland door reductie van de instroom van studenten de tandartsdichtheid 'optimaal' gehouden worden, dan zal vanuit de E.E.G.-landen met een hogere dichtheid hun overschot snel naar dit land afvloeien.

v.S.

## ENIGE ASPECTEN VAN SOCIALE TANDHEELKUNDE EN DE PLAATS VAN DE GEDRAGSWETENSCHAPPEN IN DE TANDHEELKUNDE

A. J. M. ROEFS

*Uit de afdeling Preventieve en Sociale Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.  
Hoofd: Prof. Dr. K. G. König.*

**Trefwoorden:** Sociale tandheelkunde – Gedragwetenschappen

### *Omschrijvingen van het begrip Sociale Tandheelkunde*

Over Sociale Tandheelkunde is reeds langer gedacht dan men zou denken. Al in 1903 formuleerde C. H. Witthaus<sup>1</sup> ideeën die ook nog in deze tijd verrassend modern lijken. Hij zag het als plicht van de tandarts 'den algemeenen gezondheidstoestand van de gebitten der bevolking te onderzoeken, de gebreken bekend te maken, den weg aan te wijzen langs welken ze te verhelpen zijn en met kracht op verbetering aan te dringen'.

De definitie die Broekhuizen<sup>2</sup> geeft in 1950 ademt nog de sfeer van liefdadigheid. Broekhuizen stelt namelijk het volgende: 'Sociale Tandheelkunde heeft tot doel om de groepen van de bevolking die er de meeste behoefte aan hebben, te doen profiteren van de resultaten die wetenschappelijk zijn vastgesteld betreffende de mondhygiëne en de restauratieve tandheelkunde. Sociale Tandheelkunde heeft alleen belangstelling voor tandziekten, voor zover

deze optreden als ziekte bij groepen personen of endemisch zijn en zal trachten de oorzaak evenals de maatregelen tot preventie van deze ziekten te vinden.'

Verder valt het op dat Sociale Tandheelkunde volgens deze definitie gericht moet zijn op groepen in de samenleving.

Een andere definitie is opgesteld naar analogie van de definitie van Sociale Geneeskunde en luidt als volgt: 'De Sociale Tandheelkunde houdt zich bezig met gemeenschapsreacties op epidemiologische verschijnselen; het materiaal is epidemiologisch, haar methoden zijn sociologisch.'<sup>3</sup>

Uit deze definitie spreekt wel het besef dat de gedragwetenschappen (die wetenschappen die zich bezighouden met het bestuderen van het gedrag van de mens – psychologie/sociologie/culturele antropologie en andragologie<sup>4</sup>) – een functie hebben in de Sociale Tandheelkunde, echter het wordt hier niet duidelijk waar de methoden der gedragwetenschappen concreet op toegepast zouden moeten worden. In de definitie van het Interfacultair Over-

### *Samenvatting:*

Aan de definities die van het vakgebied Sociale Tandheelkunde sinds haar ontstaan gegeven zijn, valt de ontwikkeling van liefdadigheid naar wetenschap af te lezen. Thema's van onderzoek die in verband met deze definities door diverse auteurs worden aangegeven, zijn niet eensluidend en er is geen sprake van een duidelijke ontwikkeling in één bepaalde richting.

De belangrijkste invalshoek van Sociale Tandheelkunde op dit moment is de relatie tussen de samenleving en tandheelkundige gezondheid. De ontwikkeling van de tandheelkunde als wetenschap wordt in verband gebracht met de Sociale Tandheelkunde en de plaats van de gedragwetenschappen hierin. Hierbij wordt voor de toekomst die situatie als het meest wenselijk gezien, waarin de tandheelkunde, Sociale Tandheelkunde en de gedragwetenschappen samenwerken met behoud van ieders zelfstandige positie.

leg Sociale Tandheelkunde (IFOS)<sup>5</sup>: 'Sociale Tandheelkunde is de leer en de toepassing van dat deel van de tandheelkunde, waarin men zich bezighoudt met de samenwerking tussen de samenleving en het individu met betrekking tot de conditie van de