

slechts ten dele het perspectief van een eigen tandartsenpraktijk. Om alle nieuwe tandartsen aan een vestigingsplaats te helpen, zal de gemiddelde praktijkgrootte in het hele land verder moeten dalen.

### 5. Conclusies

Tot slot zullen we nog even de belangrijkste conclusies uit dit artikel weer geven:

– In 1969 bedraagt het aantal inwoners per tandarts in Nederland gemiddeld 4187.

– In 1981 bedraagt het aantal inwoners per tandarts in Nederland gemiddeld 2573.

– In termen van de door ons gehanteerde regio-indeling, is er tussen 1969 en 1981 in praktisch alle regio's sprake van een toename van de tandartsendichtheid.

– Wel is er sprake van een onevenwichtigheid in de spreiding van tandartsen: In 1969 is de tandartsendichtheid het grootst in het gebied rond Den Haag, in Kennemerland, het Gooi, de Utrechtse Heuvelrug en de Veluwe. Ook is de tandartsendichtheid in 1969 in de steden over het algemeen groter dan in het ommeland (een uitzondering vormt Rotterdam). Deze verschillen in spreiding gelden ook nog – zij het in mindere mate – voor 1981.

– Tussen 1969 en 1981 hebben zich relatief meer tandartsen in kleinere gemeenten gevestigd.

— De regionale verschillen in de per-

centuele toename van tandartsen tussen 1969 en 1977 hangen vooral samen met de regionale bevolkingstoename, en de tandartsendichtheid per regio in 1969. Deze beide factoren zijn onafhankelijk van elkaar van invloed op de procentuele toename van tandartsen per regio.

#### Summary:

Title: Developments in the geographical distribution of dentists in the Netherlands between 1969 and 1981.

Keywords: Social dentistry – Density of dentists – Policy of establishment

In this article a picture is given of the geographical distribution of dentists in the years 1969, 1977 and 1981. Between 1969 and 1981 the density of dentists is increased substantially in nearly all of the regions of The Netherlands.

Nevertheless, regional differences in the density of dentists that are visible in 1969, are still present in 1981. Just like in 1969 the density of dentists is greater in urban areas than in the countryside. However the differences decrease. More dentists start a practice in a small town or a village; probably this tendency will continue.

From a statistical analysis of geographical differences in the density of dentists in 1969 and 1977, we conclude that these differences depend greatly on the following factors:

- the regional growth of the population between 1969 and 1977;
- the regional density of dentists in 1969.

#### Literatuur:

1. Groenewegen PP, Zee J van der. De spreiding van huisartsen over Nederland, deel II: huisartsen en tandartsen vergeleken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut,

1982.

2. Berg J van den. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1982; 10.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1969. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1970.
4. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1977. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1978.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1981. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.
6. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Tandartsengids 1969/70.
7. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Tandartsengids 1977.
8. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Tandartsengids 1981.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek 1970. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1970.
10. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek 1981. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
11. Adviescommissie Opleiding Tandarts. Eerste Interimrapport. Leidschendam, 1983.
12. Benham L, Maurizi A, Reder MW. Migration, location and remuneration of medical personnel: physicians and dentists. Review of economics and statistics 1968; 50: 327-347.
13. Newhouse JP, Williams AP, Bennet BW, Scharz WB. Where have all the doctors gone? J Am Med Assoc 1982; 247: 2392-2396.

Augustus 1983.

Postbus 812,  
3500 AV Utrecht.

## REDACTIONEEL

### TAAKOVERDRACHT IN DE TANDHEELKUNDE

#### BESCHOUWINGEN NAAR AANLEIDING VAN HET TWEDE AOT-RAPPORT

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Onderwijs – Medewerkenden – AOT-rapport

Het tweede rapport van de Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) is korter dan het eerste en ook minder controversieel; het telt amper acht bladzijden. Zoals de titel aangeeft, behandelt de commissie daarin het vraagstuk welke delen uit het

takenpakket van de tandarts in aanmerking komen om te worden overgedragen aan anderen en hoe dit zou moeten worden gestructureerd. Het behoeft geen betoog dat in het veelvormig geheel van werkzaamheden tal van onderdelen zijn aan te

wijzen, die voor afstoting in aanmerking zouden kunnen komen, of zij nu liggen op preventief of op curatief gebied dan wel op technisch of administratief terrein. In welk beroep is dit niet het geval.

De kernvragen daarbij zijn: is van die deeltaak een beroep te maken of kan misschien een reeds bestaand beroep worden benut; welke opleiding is er voor nodig, wat zijn de toekomstverwachtingen voor de tewerkstelling en tenslotte wat is de structuur waarin gewerkt wordt, gelijkwaardigheid en onafhankelijkheid of ondergeschiktheid en zo meer?

De allerbelangrijkste vraag blijft echter: bestaat er een subjectieve of een objectieve behoefte? Voorbeelden liggen voor de hand. Zo is voor de beide specialismen Mondziekten en Kaakchirurgie en Dento-Maxillaire Orthopaedie een voortgezette opleiding vereist en blijft de taakinhoud vrijwel geheel buiten het bereik van de algemeen-practicus. Een objectieve behoefte dus. Voor de mondhygiënist ligt het anders. Deze opereert geheel binnen het gebied dat de tandarts tot het zijne rekent. De – subjectieve – behoefte tot delegatie ontstond meer uit tekort aan belangstelling al dan niet voortvloeiend uit de gebrekkige remuneratie. Accountantskantoren en tandtechnische laboratoria zijn aanvaarde instellingen om werkzaamheden aan over te laten. Hier is door de groeiende complexiteit van de taakinhoud een aanvankelijk subjectieve behoefte in een objectieve overgegaan. Het blijkt dus dat taakoverdracht in de tandheelkunde tot dusver gekenmerkt is door een hoge mate van geleidelijkheid in de ontwikkeling. Slechts in enige bijzondere gevallen is bewust in dit groeiproces ingegrepen. Wij doelen hier op de projecten in Abcoude, in de Amsterdamse Jordaan en aan de Nijmeegse subfaculteit. De levensvatbaarheid van de aldaar wetenschappelijk getoetste vormen van taakoverdracht zal moeten blijken. Het zal duidelijk zijn dat voor belangrijke beleidsbeslissingen ook over reeds langer bekende vormen van taakoverdracht wetenschappelijk gefundeerde argumenten nodig zijn. Het voorliggend rapport laat de lezer in het ongewisse over de gronden waarop de ingenomen standpunten zijn gebaseerd, hoezeer dit ook juist voor de buitenwacht van belang kan zijn.

Ook bij andere uitspraken blijkt het euvel van een ontbrekende fundering. Wij zullen daarvan enige voorbeelden geven. Vooreerst op pagina 1 laatste alinea: '2. Het gedurende een reeks van jaren in Nederland bestaande tekort aan tandartsen is, *gelet op de uitgesproken vraag naar zorg*, opgeheven. De invloed die een tekort kan uitoefenen op de zorgverlening alsmede op de beroepsuitoefening en het werkteerrein van de tandarts, specialisten en medewerkers is hiermee weggevalen.' Het is een wat cryptische tekst. Bedoeld wordt waarschijnlijk dat er voor het vele werk, waarmede in het verleden de professie belast was, te weinig tandartsen beschikbaar waren en dat dit nu niet meer het geval is. Maar er staat meer: 'de uitgesproken vraag naar zorg'. Door wie uitgesproken en welke vraag? Er is niets bekend over de vraag naar zorg, laat staan over de inhoud van die vraag. Tot voor kort werd de inhoud van de zorgverlening in belangrijke mate gestuurd door de overbelasting van de tandarts,

door de beperkte inhoud van de zorg en door de gebrekkige honorering. Niet door de vraag, noch door de behoefte.

Op pagina 2, punt 3 spreekt de commissie een mening uit over de introductie van nieuwe beroepen in het tandheelkundig werkveld. Zij 'heeft de indruk' dat in het verleden met factoren als functionele en structurele inzetbaarheid onvoldoende is rekening gehouden. Kennelijk worden hier bovengenoemde projecten bedoeld. Het is jammer dat deze indruk niet nader wordt ondersteund door onderzoeksgegevens.

Het rapport is geschreven op de bestaande situatie, waarin tandarts(en), mondhygiënist(en), assistent(en) en tandtechnici samenwerken. Werkverbanden van tandarts-solist tot verschillende aantallen en combinaties der aangegeven categorieën zijn in het beroepsleven bekend en aanvaard: 'Het tandheelkundig team', zoals het NMT-informatorium vermeldt (waarom niet 'tandheelkundig werkverband?'). Deze werkverbanden betekenen geen aanzet tot vernieuwing binnen de werksituatie. Dit lijkt ook niet de eerste behoefte van de commissie. Zij wordt hierin gesteund door de verminderde werkbelasting binnen de professie. Maar daarover later. Deze geringe neiging tot vernieuwing is karakteristiek voor het rapport. Men kan daar verschillend over denken. Dit gaat echter zover dat de AOT zelfs reeds bestaande ontwikkelingen of zeer terloops vermeldt dan wel geheel negeert. Wij doelen hier respectievelijk op de 'tandprothetist', die – weliswaar illegaal – functioneert en de 'tandarts-parodontoloog', een desideratum van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie.

Wat de eerste figuur betreft wordt op een volslagen onbegrijpelijke wijze en zonder enige argumentatie op pagina 6, 16e regel van onder, besloten met het zinsdeel: 'inbegrepen de eventuele tandprothetische medewerker'. Het woord 'eventuele' vormt een soort alibi. Indien de commissie deze figuur aanvaardbaar achtte – want zo lijkt het nu – had het woord beter weggelaten kunnen worden. In dat geval was zij er echter niet met vijf woorden vanaf geweest en had zij de moed moeten hebben om een omschrijving van taak en functie te geven. Indien daarentegen de commissie tegen deze figuur is, blijft de vraag open of het beter zou zijn geweest zijn illegale aanwezigheid te negeren dan wel te omschrijven waarom hij zo verwerpelijk is. Het woord 'eventuele' laat alles in het midden, wat voor de minister ook niet zo duidelijk is.

Met de tandarts-parodontoloog ligt het anders. Deze is bedoeld om een extra dimensie te geven aan de algemeen-practicus. Geen echte specialist dus, maar een voor

intercollegiale consultering en verwijzing gekwalificeerde beroepsgenoot, die zich in beginsel niet beperkt tot dit vakgebied, hoewel hij zich daarin bijzonder bekwaamd heeft. Deze constructie biedt voor meer deelgebieden van de tandheelkunde mogelijkheden, waarvoor de instelling van een regulier specialisme inhoudelijk te hoog gegrepen is, doch die binnen de zorgverlening meer aandacht behoeven. Zo wordt vermeden het eigenlijke beroep uit te hollen.

Het teamconcept staat bij de commissie centraal en wordt als zodanig gepropageerd, en terecht. Het zou de moeite waard zijn om ook aandacht te besteden aan de inhoud van de primaire en de basiszorg zowel met betrekking tot de tandarts als tot de overige medewerkers. Het gaat in dit rapport tenslotte over advisering ten bate van het onderwijs. Het geweeklaag dat heden ten dage allerwege hoorbaar is over het veronderstelde overschot aan tandartsen geeft daar alle aanleiding toe.

Ter nadere toelichting van deze uitspraak het volgende. De waarde en de betekenis van het academisch karakter van de huidige opleiding tot tandarts wordt allerwege beleden. Niet alleen zal zij moeten voldoen aan wetenschappelijke normen, maar ook moet de medisch-biologische inhoud worden uitgediept. In diversiteit echter dreigt zij uit haar keurslijf van vijf studie jaren te groeien. De commissie wil op pagina 8 ook de 'managementaspecten' inbouwen. Wie de onderwijsrapporten van de vijf subfaculteiten tandheelkunde nauwkeurig zou analyseren, zal zeker onder de indruk komen van alle desiderata. De toetsing van het eindprodukt van vijf jaar opleiding kan eerst definitief antwoord geven of de doelstellingen bereikt zijn. Zonder omwegen kan worden vastgesteld dat dit zorgvuldig opgeleide eindprodukt – de tandarts anno 1984 – in zijn maatschappelijke tewerkstelling in grote meerderheid zwaar gefrustreerd wordt.

Het kernprobleem was, is nog steeds en zal voorlopig nog wel blijven, welke strategie moet worden gevolgd om deze tandarts overeenkomstig zijn niveau van kennis en kunde in de maatschappij te werk te stellen. Niet het inkrimpen van de opleidingscapaciteit is de enige wijsheid. Als het de opleiding en de georganiseerde professie ernst is met hun zorg voor de jongafgestudeerden, zullen zij er alles aan moeten doen om het werkveld aan te passen, een volwaardige taakinhoud in het vooruitzicht te stellen en de overheid hiervan te overtuigen. Taakoverdracht in de tandheelkunde betekent in de eerste plaats het omschrijven van de inhoud van de taak.

## 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.

## MAATSCHAPPIJ EN ETHIEK

W. J. M. HEEFFER

*Uit de afdeling Tandheelkunde  
van de Vrije Universiteit te Brussel.*

*Trefwoorden: Gezondheidszorg – Maatschappijformatie – Curatief-klinisch versus sociaal-preventieve zorg*

Op 23 juni 1923 hield B. R. Bakker op de jaarvergadering van de Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde een voordracht die de titel droeg: 'Maatschappij en ethiek'. Deze voordracht werd in dat jaar tevens gepubliceerd in het Tijdschrift voor Tandheelkunde.<sup>1</sup>

Bij lezing nu, blijkt de voordracht op te vallen door levendigheid, bewogenheid en geloof in maatschappelijke vooruitgang. Dit is een vooruitgang gebaseerd op een inzicht in het maatschappelijk ontwikkelingsproces, dat door Bakker als volgt gekenmerkt wordt: het terugdringen van de tendens tot 'atomiseren', tot opsplitsing van mens en activiteit, en tot versnelling en massificatie van het productieproces. In zijn voordracht geeft hij een beknopte en beperkte cultuur-historische schets over afhankelijkheidsrelaties tussen wat hij noemt 'leidende geesten' en 'geleiden en bestuurd' in een maatschappij.<sup>2</sup> Bespreking van deze relatie leidt tot een beschouwing over het ondernemerschap zoals zich dat ontwikkelde vanuit de vroege manufactuur. Dat handwerk karakteriseert hij als 'een op ruilverkeer berustende vorm van levensonderhoud, waarbij de betrokkenen juridisch en economisch vrije, door het behoeftepincipe beheerste, traditioneel handelende, in organisch verband staande werkers zijn.'<sup>3</sup>

Hij bespreekt het 'klassieke ondernemerschap' in relatie tot ethiek en moraal zoals dat vorm kreeg vóór en na de zgn. industriële revolutie. Daarbij kwalificeert hij de ontwikkeling ná de industriële revolutie als negatief: het ondernemerschap degeneerde omdat de ondernemer een factor werd in het productieproces dat relatief autonoom was geworden. Anders gezegd: leidde de ondernemer voorheen als zelfstandige en verantwoordelijke het doen en laten van de onderneming, nu is hij slechts de afhankelijke van een relatief autonoom productieproces en is slechts in staat tot marginaal bijsturen. Zijn moraal heeft hij

daartoe moeten aanpassen aan het productieproces; het morele handelen is niet langer afgeleid uit een ethiek.<sup>4</sup>

In dit verband citeert hij Carnegie: 'Wij hopen altijd dat wij niet verder behoeven uit te breiden maar elke keer bemerken wij dat dit niet gaat, dat niet uitbreiden zou betekenen: afbreken van het bestaande.'<sup>5</sup> Bakker stelt zich vervolgens de vraag: 'Waarvan moet de productie worden verhoogd?' en geeft daarop als antwoord: 'Van de waren waarop verdiend wordt . . . Omdat de winstmarge, indien de ondernemer niet de gelukkige bezitter is van een volkomen of van een gedeeltelijk monopolie, door de concurrenten wordt teruggebracht tot een minimum, is de omzet van grote hoeveelheden geboden.'<sup>6</sup> Dit brengt hem tot deze conclusie: 'De vroeger aan de mens gestelde zedelijke eisen worden thans als doelmatigheidseisen gesteld aan het bedrijf.'<sup>7</sup>

Hij geeft zo aan, dat er sprake is van een omkering van de afhankelijkheidsverhoudingen: was de instandhouding van 'levensonderhoud' (van het organische in de meest omvangrijke zin) afhankelijk van de wijze waarop door middel van arbeid vak-kennis werd aangewend, nu staat niet langer de wijze waarop de instandhouding van 'levensonderhoud' moet worden georganiseerd centraal, maar de vraag hoe de instandhouding van de organisaties te waarborgen die relatief autonoom, zich niet meer aanpassen aan de mens en de menselijke schaal, maar die de mens dwingen tot aanpassing.

Dit kan voor de tandheelkundige professie als volgt worden vertaald: was tandheelkundige zorg ooit opgezet ter effectieve bestrijding van tandverlies door cariës en parodontopathieën – een zorg waarin in eerste instantie curatieve zorg en preventie samenvielen, dat wil zeggen niet als zodanig werden onderscheiden omdat primair een te omvangrijke curatieve hulp werd gevraagd – nu is de tandheelkundige zorg

## Samenvatting:

Uitgaande van een voordracht die B. R. Bakker 60 jaar geleden hield, wordt een pleidooi gehouden voor een kritische reflectie op de vooronderstellingen waarop tandheelkundige zorg is gebaseerd. Een dualisme tussen curatief-klinische en sociaal-preventieve geneeskunde heeft geleid tot het dominant worden van klinisch-curatieve hulp. Sociaal-preventieve zorg blijft daardoor geïnterpreteerd als individueel preventieve medicalisering en preventief-curatieve hulp.

primair gericht op het effectief in stand houden en organiseren van de tandheelkunde als zodanig op basis van het als welhaast vanzelfsprekend accepteren van tandziekte(n). Dat wil zeggen, niet de vraag hoe tandziekte te elimineren – de sociale preventie – staat langer centraal, maar de vraag hoe richten we de curatieve zorg in. Het is deze op zijn kop gestelde vraag die de tandheelkunde in dominante vorm structureert.

Een menselijk interactieproces, menselijk handelen of gedrag is gekenmerkt door afhankelijkheidsverhoudingen. Mensen zijn de op elkaar aangewezen actoren in een handelingsproces hetgeen wederzijdse afhankelijkheid impliceert. Om die afhankelijkheidsverhoudingen te organiseren zijn impliciet dan wel expliciet postulaten nodig. Uit die postulaten zijn de gedragsregels gededuceerd. Die gedragsregels dienen om een crisis in het interactieproces te voorkomen. Ze verschaffen zekerheid, vanzelfsprekendheid en stabiliteit aan een bepaalde sociale orde. Die gecodificeerde regels dienen en waarborgen zo de instandhouding van een maatschappelijke praxis.<sup>2</sup> Helaas wordt in dit regelgeleid gedrag ethiek nogal eens verwisseld met moraal met alle gevolgen van dien, waarop Bakker terecht wees.

Ter instandhouding van een bepaalde maatschappijformatie functioneert onder andere een gezondheidsapparaat dat afhankelijkheidsrelaties structureert en bestendigt. Dat gezondheidsapparaat, een sociaal-politieke structuur, organiseert de volksgezondheid als gezondheidszorg: de 'patiënt' is als hulpzoekende afhankelijk van de zo geboden hulp en zorg, hetgeen in een klinisch-curatief dominant geworden praxis leidt tot objectivering van de mens. De mens wordt tot een klinisch object dat ter beschikking staat van de arts waarbij de 'patiënt' in de meest letterlijke zin in afwachting is: hij of zij brengt zijn of haar tijd door met het zichzelf ter beschikking stellen. Hij of zij heeft daarbij nauwelijks of geen invloed op de wijze en het verloop van de behandeling. De 'patiënt' kan zich

slechts op eigen verantwoording (pas hierin is sprake van eigen verantwoordelijkheid) onttrekken aan behandeling. Onttrekt hij of zij zich echter, dan blijft de 'patiënt' verstoken van hulp die als noodzakelijk is gepresenteerd.

Ondanks het feit, dat de relatie tussen gezondheidsapparaat en maatschappijformatie buitengewoon complex is, vallen er enkele essentiële vooronderstellingen, die ten grondslag liggen aan deze Westerse wijze van gezondheidsorganisatie aan te wijzen. Paul Juffermans<sup>8</sup> noemt die vooronderstellingen in een bespreking van de herdruk van J. A. Verdoorn's studie 'Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw', eerder verschenen als 'Volksgezondheid en sociale ontwikkeling', zeer juist als: 'Ten eerste wordt met de opkomst van de kliniese geneeskunde het postulaat van de behandelbaarheid en geneesbaarheid van ziekten gevestigd, waardoor fatalistische en religieuze sluiers rond het individuele ziekteverloop worden verscheurd. Ten tweede wordt met de opkomst van de sociale geneeskunde ook het postulaat van de maatschappelijke bestrijdbaarheid van de ziekte gevestigd door het tegengaan van socio-pathogene omstandigheden...'<sup>9</sup> (voeding, hygiëne, etc.)

Uitgaande van deze twee postulaten heeft de gezondheidszorg zich enerzijds als organisch-curatief en anderzijds als sociaal-preventief, als curatieve en preventieve geneeskunde gestructureerd. Juffermans daarover: 'De competitie tussen uiteenlopende ziekte- en zorgconcepties (bijvoorbeeld het natuurfilosofische en natuurwetenschappelijke ziektebegrip) en tussen diverse zorg- en behandelingspraktijken (bijvoorbeeld de 'moderne' geneeskunde en de volksgeneeskunde) alsmede de strijd voor de toegankelijkheid van de voorzieningen voor de verschillende maatschappelijke klassen (van het stelsel van armenzorg en het ziekenfondswezen) en voor de totstandkoming van openbare gezondheidsregelingen en sociale wetgeving worden geplaatst (noot auteur: door Verdoorn) tegen de achtergrond van algemene, politieke en ideologische processen in de maatschappijformatie als geheel.'<sup>10</sup>

Deze competitie heeft, zoals Juffermans uitwerkt, geleid tot een dominant worden van individuele curatieve hulp door de 'uitbouw en het verzekeren van financiële toegankelijkheid van een op individuele zorg en behandeling georiënteerd stelsel van voorzieningen. Van het totaal aan gezondheidszorg-uitgaven vloeide na de oorlog gemiddeld 90% naar curatieve voorzieningen en niet meer dan 10% kwam ten goede aan activiteiten die men als preventief kan kenschetsen... In de periode na de Tweede Wereldoorlog expandeerde zo een rond het ziekenhuis en de klinies-specialistische geneeskunde gecentreerd zorgsyst-

teem, waarin kuratief-organiese hulpverleningspraktijken dominante, en sociaal-preventieve praktijken ondergeschikte posities innamen. Met de dominantie van deze kuratief-organiese behandelingspraktijken was een mechanistische opvatting van ziekte verbonden.'<sup>11</sup>

Renaud omschreef deze ideologie van het organisch reductionisme als het geloof dat het enig mogelijke antwoord op ziekte gelegen is in curatief-therapeutische ingrepen van fysische, chemische of elektrische aard.<sup>12</sup>

Analoog hieraan kan men de ontwikkeling van de corporatief en academisch georganiseerde tandheelkundige zorg schetsen als een ontwikkeling van pijnbestrijding en bestrijding van het verlies van gebitsellemen door middel van curatief ingrijpen, waarbij een wezenlijk verschil bestond in de sociale klasse waartoe de hulpbehoevende behoorde, naar sociale zorg die gericht was op het inhalen van een achterstand door het bevorderen van preventie, dat wil zeggen het periodiek onder controle brengen van zo mogelijk de gehele bevolking. Deze preventie was echter niet gericht op het effectief elimineren van tandziekte(n) als sociaal-cultureel verschijnsel, maar vormde de grondslag van een diagnostisch-curatieve praxis. Het elimineren van tandziekte(n), die in belangrijke mate voortkomen uit socio-pathogene oorzaken, kan ook niet worden bereikt door middel van individuele hulpverlening, maar vergt naast natuurwetenschappelijk onderzoek naar het ontstaan en de voortschrijding van het organisch ziekteproces een sociaal-politieke aanpak.<sup>13</sup> Boud gesproken zou die bestrijding van tandziekte(n) slechts effectief te noemen zijn die de tandheelkunde als zodanig zou elimineren: wij zouden sociaal gesproken slechts dan ons werk goed doen, indien we onszelf overbodig zouden maken!

Doch in plaats daarvan zien we de tandheelkundige zorg zich uitbreiden en opsplitsen in deelspecialismen, zien we de 'patiënt' steeds effectiever periodiek onder controle komen (een halfjaarlijks controleren dat eerder een controleren op onze eigen tekortkomingen is, dan dat het in overeenstemming is met de verfijnde diagnostische technieken die ons ter beschikking staan!).

Is deze ontwikkeling nu op grond van ethische premissen te legitimeren? Het is deze vraag die zich in het spoor van Bakker opdringt. Is namelijk het streven van de professie niet méér gericht op het in stand houden van het vak op basis van curatieve hulpverlening, waarbij de preventie een doekje voor het bloeden is en er door allerlei omstandigheden met een Jantje van Leiden afkomt, dan op de bestrijding van een ziekte waaraan primair socio-pathogene factoren ten grondslag liggen?

Een tandarts is een ondernemer wiens inkomen is gebaseerd op stukloon, op inkomen afgestemd en bepaald door de hoeveelheid verrichte, gehonoreerde handelingen (een in algemeen maatschappelijk opzicht reeds lang achterhaald 19e-eeuws arbeidsprincipe!). Daarbij vindt de honorering voornamelijk plaats op indirecte wijze: het merendeel van de bevolking draagt een deel van het loon af ten behoeve van sociale verzekeringen, verzekeringen die op hun beurt zonder al te effectieve controle, op basis van in vertrouwen gedeclareerde verrichtingen en niet op basis van kwaliteit, het loon aan de tandarts uitkeren. Valt hier al veel over te zeggen, nog vreemder is het als we zien dat dat inkomen in belangrijke mate wordt bepaald door curatieve ingrepen: controles en preventieve maatregelen staan qua honorering in merkwaardige verhouding tot curatieve behandeling. De tandheelkundige zorg zit daardoor vast in een vreemd financieel web. Het functioneren van de onderneming is afhankelijk van de investering, een investering die een bepaalde omzet noodzakelijk maakt. Die omzet wordt bereikt op basis van stukloon. Dit stukloon noodzaakt een bepaalde hoeveelheid curatieve ingrepen hetgeen in tegenspraak is met het doel van tandheelkundige zorg: het bestrijden en uitbannen van de ziekte. Anders gezegd: de hedendaagse Westerse tandheelkunde bestaat door middel van het bestrijden van de ziekte op basis van het in stand houden van de ziekte!

Deze paradox leidt nu bovendien tot een overcapaciteit aan tandartsen, tandartsen die hun opleiding krijgen in universitaire instituten die hun prestige steeds meer gaan ontlennen aan curatieve deelaanpak, aan atomisme. Bovendien wordt in die opleidingen, klinische avonden en in het post-academisch onderwijs over alles gesproken behalve over prijs/kwaliteitsverhoudingen en juist dat is relevant voor de alledaagse praxis en voor sociale zorg in het algemeen.

Om maar een voorbeeld te noemen: als vrije ondernemer is de tandarts genoodzaakt om winst te maken. Winst staat in relatie tot praktijkomzet en praktijkkosten.

Een belangrijke factor in de praktijkkosten vormt de gebruikte kwaliteit van de materialen. Dit leidt mij tot de navolgende signalering: het mag op zijn minst verwonderlijk genoemd worden, dat de ziekenfondsen wel zijn overgegaan tot het gratis ter beschikking stellen van administratiepapier, maar daarnaast bijvoorbeeld nooit een ter beschikking stellen van de beste basismaterialen die er in de handel zijn – zoals amalgaam, anesthesie etc. – hebben gerealiseerd. Door dit ter beschikking stellen van materialen en het baseren van honorarium op de verwerking ervan, zou een voorwaarde tot optimalisering van de zorg in de hand kunnen worden gehouden.

Daarnaast zou het mogelijk kunnen leiden tot kostenbesparing op grond van centrale inkoop en distributie. Verhoging van de winst wordt namelijk maar al te makkelijk bereikt door verwerking van goedkoop, inferieur materiaal.

Deze situatie leidt tot wat Juffermans terecht opmerkt, een situatie die gekenmerkt is door verminderde meeropbrengst: 'Ekonomen maar ook anderen zijn geneigd om te spreken van de wet van verminderde meeropbrengst. Zij bedoelen daarmee dat bij iedere uitgave die men boven het al bestaande kostenpeil aan gezondheidszorg besteedt, het nut ervan gemeten in termen van 'gezondheidswinst' afneemt.'<sup>14</sup>

Doelmatigheid van de gezondheidszorg wordt nog steeds al te zeer gebaseerd op al dan niet juist geïnterpreteerde kwantificaties in plaats vanuit een kritische reflectie en evaluatie van vooronderstellingen waarop een verzorgingssysteem is gebouwd. Op basis van statistische kwantificatie en evaluatie blijven we echter bezig met het in dikke mist vullen van een bodemloze put en eigen zak.

Tot het aanzetten van deze kritische reflectie op vooronderstellingen waarop menselijk handelen, dus ook tandheelkundig handelen is gebaseerd, doelde mijns inziens Bakker in zijn lezing die hij 60 jaar geleden hield.

Deze intentie, dit richten van de aandacht op de vooronderstellingen waarop handelen is gebaseerd,<sup>15</sup> de ethische reflectie, maakt zijn voordracht nog altijd actueel.

#### Summary:

Title: Society and ethics.

Keywords: Dental health care – Society – Curative/clinical versus social-preventive care

A publication of B. R. Bakker led to a plea for critical reflection on the presuppositions on which dental care is based. A dualism between clinical-curative and social-preventive medicine has led towards a dental academical practice in which dominates clinical cure. Social-preventive care is interpreted as individual preventive medicalisation and preventive cure, instead of care directed towards the elimination of socio-pathological causes.

#### Literatuur/noten:

1. Bakker BR. Maatschappij en ethiek. Tijdschr Tandheelkd 1923; 30: 668-686.
2. Heeffler WJM. Menselijke groei in een andere tijdsorde. Lier en Boog, International Journal of aesthetics and philosophy of culture 1981; vol. 4/issue 3: 270-294.
3. Bakker BR. O.c. p. 674.
4. Bernstein R J. The restructuring of social and political theory. Oxford: Basil Blackwell, 1976. Dit boek gaat dieper op dit thema in.
5. Bakker BR. O.c. p. 679.
6. Bakker BR. O.c. p. 680.
7. Bakker BR. O.c. p. 681.
8. Juffermans P. Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Ter Elfder Ure 1981; 26: 221-240.
9. Juffermans P. O.c. p. 227.
10. Juffermans P. O.c. p. 229-230.
11. Juffermans P. O.c. p. 235.
12. Renaud M. On the structural constraints to state intervention in health. Int J Health Services 1975; nr. 4: 559 e.v.
13. Zo wordt fluoridering als preventieve medicalisering nog al eens verward met sociale preventie: een effect op basis van medi-

calisering is echter iets anders dan de sociale preventie die hier wordt bedoeld. Fluoridering zoals die in de praktijk wordt toegepast is een individuele preventieve medicalisering, hetgeen niet anders is dan symptoombestrijding.

Ik citeer verder in dit verband Juffermans: 'Alvorens zinnige uitspraken over de invloed van geneeskunde en gezondheidszorg op het verloop van het volksgezondheidspeil te kunnen doen, moet men dus eerst de plaats van de gezondheidszorg binnen de structuur van de maatschappijformatie onderzoeken, zoals Verdoorn dat aan de hand van het ruime begrip 'gezondheidswezen' heeft getracht te doen. Op basis van het leggen van monokausale relaties tussen volksgezondheidspeil en gezondheidszorg/geneeskunde konklusies trekken over de doelmatigheid van de laatste is een vanuit wetenschappelijk oogpunt tamelijk obscure bezigheid. De slagkracht van het klinies kennen en kunnen kan immers niet simpelweg worden afgemeten aan het verloop van het volksgezondheidspeil om de eenvoudige reden, dat dit kliniese kennen en kunnen zich vooral richt op het *individuele* ziekteverloop en slechts marginale invloed uitoefent op de maatschappelijke verhoudingen waarin de geneese van de ziekte als maatschappelijk verschijnsel, als *volksziekte*, gestalte krijgt.' (O.c. p. 232.)

14. Juffermans P. O.c. p. 232.  
Lapr e R. De economie van de welzijnszorg. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen, 1976.
15. Ter verdere illustratie van dit thema:  
Kimmerle H. Philosophie der Geisteswissenschaften als Kritik ihrer Methoden. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1978.  
Kosik K. Dialectics of the concrete. Dordrecht/Boston: Reidel, 1976.  
Foucault M. Surveiller et punir. Paris: Gallimard, 1975.

September 1983. Kasteelstraat 2,  
5081 BE Hilvarenbeek.