

## FEUILLETON

## In de voorbereiding ligt het resultaat

Redactionele bewerking van de oratie, uitgesproken op 24 juni 1993 door Dr. M.A.J. Eijkman ter gelegenheid van de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de Sociale Tandheelkunde, in het bijzonder de Voorlichtingskunde en Epidemiologie aan de Universiteit van Amsterdam.

### 1 Inleiding

Voor het algemeen begrip zal ik u eerst een korte schets geven over enkele relevante aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg in ons land. Daarna zal ik u informeren over het wezen van mijn leeropdracht, de Sociale Tandheelkunde, in het bijzonder de Voorlichtingskunde en de Epidemiologie. Verder zal ik u inzicht trachten te geven in het voorkomen van de twee belangrijkste gebitsziekten, de tandcariës en de ziekten van het tandvlees, twee infectieziekten waarbij bacteriën een grote rol spelen. Tussendoor zullen nog enige opmerkingen worden gemaakt over actuele sociaal tandheelkundige problematieken.

### 2 Tandheelkundige gezondheidszorg

In de tandheelkundige zorgverlening zijn thans in ons land, globaal geschat, zo ongeveer 18.000 personen werkzaam, waaronder een kleine 7000 tandartsen en zo'n 1000 mondhygiënist. <sup>1</sup> De kosten van de totale Nederlandse gezondheidszorg bedragen al jaren ongeveer 8% van het Bruto Binnenlands Produkt (BBP) en die van de tandheelkundige zorg ongeveer 0,4 procent (tab. 1). <sup>1</sup> Internationaal bezien geeft Nederland per inwoner, vergeleken met andere hoog geïndustrialiseerde landen op het Verenigd Koninkrijk na, het minst aan tandheelkundige zorgverlening uit. Toch lijkt het Nederlandse systeem van de tandheelkundige gezondheidszorg, zeker voor de jeugd en in mindere mate voor de volwassen ziekenfondsverzekerden, goed te werken. Preventie is de pijler waarop het systeem rust. De in de wereld unieke maatregel van de ziekenfondsen, de halfjaarlijk-

se controle, heeft hiertoe zeker bijgedragen.

### 3 Sociale tandheelkunde

Al aan het eind van de vorige eeuw werd in ons land in tandheelkundige kring veel nagedacht over problemen die wij thans als sociaal-tandheelkundig zouden karakteriseren. Zo zien we in de eerste edities van het honderd jaar oude Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde debatten over de kwestie hoe tandheelkundige hulp binnen het bereik van on- en minvermogen kan worden gebracht; over het bestrijden van de onbevoegde uitoefening der tandheelkunst; over de hulpkrachten en de problematiek rond honoraria, tarieven en rekeningen; zelfs al over kwaliteitscontrole en ten slotte over het belang van onderzoek naar de slechte gezondheidstoestand van de kindergebitten en daarover voorlichting te geven. <sup>2</sup> Voor dat laatste doel wordt al in 1910 de 'Nederlandsche Vereeniging tot Bestrijding van het Tandbederf' opgericht, een organisatie die in 1933 de naam het 'Ivoren Kruis' kreeg en thans nog steeds dezelfde sociaal-tandheelkundige doelstelling nastreeft. In 1947 is een wet aangenomen die fundamentele consequenties heeft gehad voor zowel de opleiding als de bevoegdheid van de tandarts. In deze wet wordt het vakgebied Sociale Tandheelkunde genoemd. Aangegeven wordt dat studenten onderricht behoren te krijgen in een aantal, overigens, zeer verschillende vakken. We noemen onder meer de maatschappelijke gevolgen van cariës en de maatschappelijke cariësbestrijding; school- en kleuter tandverzorging; tandheelkundige volksopvoeding; massale cariësprofy-

laxe; tandheelkundige ethiek en ziekenfondsen. Pas in de beginjaren zeventig worden de contouren van het vakgebied voor het onderwijs en onderzoek wat meer helder. Door de explosieve toename van cariës in de jaren zestig en het tekort aan tandheelkundige hulp wordt, net als in de jaren van voor de oorlog, opnieuw gediscussieerd over het belang van preventie, voorlichting en de invloed die mensen zelf hebben op het ontstaan van gebitsziekten. Gebitsziekten worden gekarakteriseerd als gedragsziekten. Het besef groeit dat, voor de beïnvloeding van menselijk gedrag in relatie tot de mondgezondheid, toepassing van inzichten uit de sociale- en gedragswetenschappen nodig is en dat de communicatie tussen hulpverlener en patiënt wel eens essentieel zou kunnen zijn voor de ontwikkeling van het gebitsbewuste gedrag van de patiënt. De gedragswetenschapper doet zijn intrede in de tandheelkundige faculteiten. <sup>3</sup>

Nu, in de jaren negentig, kan het wetenschapsgebied van de Sociale Tandheelkunde worden omschreven als 'een vakgebied dat zich bezighoudt met de studie van de verspreiding van mondziekten en de betekenis van psychische, communicatieve, maatschappelijke en economische factoren voor de mondgezondheid met als doel de kwaliteit van tandheelkundige zorg en het gebitsbewustzijn van de bevolking te bevorderen.'

De moderne Sociale Tandheelkunde vervult de onmisbare schakelfunctie tussen enerzijds de tandheelkundige wetenschap en anderzijds de tandheelkundige praxis en de patiëntenzorg, het gebeuren in de beroepsorganisatie, de maatschappelijke instellingen zoals de ziektekostenverzekeraars, de patiëntorganisaties en de overheid. In ons land zien we, in vergelijking met vroeger, steeds meer tandartsen werken die een typisch sociaal-tandheelkundige taak hebben. Zij verrichten hun werk bij de overheid en de ziektekostenverzekeraars, bij TNO en in de organisatie van de schooltandheelkunde, bij de tuchtspraak, bij de Tandheelkundige Informatiepunten en in de Bijzondere Tandheelkunde als het de behandeling betreft van geestelijk- of lichamelijk gehandicapte en zeer angstige patiënten.

Wat het toekomstige onderzoek en onderwijs van onze vakgroep betreft kunnen we het volgende opmerken. Het zal zich,

Tabel 1. Kosten van gezondheidszorg en tandheelkundige zorg als % van het Bruto Binnenlands Produkt (BBP).

	Gez. zorg % BBP	Thk. zorg % BBP
U.S.A.	11,1	0,6
Bondsrepubliek Duitsland	8,7	1,0
Frankrijk	8,5	0,5
Nederland	8,3	0,4
Verenigd Koninkrijk	5,9	0,2

Bron: v. Amerongen e.a. 1992. <sup>1</sup>



gelet op de beperkte financiële mogelijkheden, steeds meer moeten beperken en zich richten op één onderzoekslijn, te weten de effectiviteit en de doelmatigheid van de zorgverlening. De onderwerpen van onderzoek zullen dan onder meer de effectiviteit betreffen van de behandeling van zeer angstige personen, de effectiviteit van de gespreksvoering, het voorlichting geven, de manier waarop besluitvormingsprocessen in de praktijk tot stand komen en de therapietrouw. Daarnaast zal de kwaliteit van tandheelkundig handelen onderwerp van studie zijn.

Het onderwijs aan studenten en algemeen-practici richt zich enerzijds op het verschaffen van kennis en inzichten in het proces en het systeem van de tandheelkundige zorgverlening en anderzijds op het aanleren van affectieve en communicatieve vaardigheden.

#### 4 Voorlichtingskunde

Voorlichtingskunde kan worden omschreven als een toegepaste sociale wetenschap die gericht is op het ontwikkelen van kennis en inzicht ten behoeve van de praktijk van de voorlichting.<sup>4</sup> Wij zullen hier niet ingaan op de achtergronden van deze omschrijving, maar ons in dit betoog beperken tot drie onderwerpen die relevant zijn zowel voor het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied als voor het functioneren voor de tandarts en mondhygiënist in de dagelijkse praktijk. Wij beseffen dat wij daarmee maar een zeer beperkte selectie maken uit het omvangrijke onderzoeksterrein van de Voorlichtingskunde en van een deelgebied ervan, de Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (TGVO). Ten eerste zullen wij wijzen op het belang van een planmatige aanpak van de gespreksvoering tijdens de patiëntenvoorlichting. Daarna zal worden aangegeven welke rol de massamedia kunnen spelen bij de bevordering van de gebitsbewustheid in de bevolking en ten slotte zullen wij kort stil staan bij enige aspecten van de tandheelkundige wetenschapsvoorlichting.

##### 4.1. Planmatige aanpak van patiëntenvoorlichting

In de gezondheidszorg, maar ook in allerlei andere sectoren van onze samenleving, hebben voorlichting en voorlichting geven de laatste twintig jaar een bredere betekenis gekregen dan in het verleden het geval was. De moderne, mondige patiënt heeft recht op informatie, een recht dat zo langzamerhand hecht wordt verankerd in onze wetgeving. Deze patiënt wordt vrijwel wekelijks geconfronteerd met nieuwe feiten en keuzemogelijkheden op het gebied van de gezondheidszorg. De tandheelkundige

zorgverlening vormt in deze geen uitzondering.

De literatuur wijst uit dat een hulpverlener, wil hij effectief handelen, behalve van communicatieprocessen, terdege op de hoogte dient te zijn van opvattingen uit de gedragswetenschappen en mogelijk ook uit de psychotherapie.<sup>6</sup> Naarmate de hulpverlener erin slaagt een goede vertrouwensrelatie met zijn patiënt op te bouwen en zich wezenlijk instelt op de problemen van de patiënt, zoals deze die percipieert, is de kans groot dat er een klimaat ontstaat waarin de optimale condities zijn geschapen voor effectieve patiëntenvoorlichting. Die kans wordt vergroot als de hulpverlener zijn gespreksvoering gefaseerd en planmatig aanpakt.<sup>7</sup> Planmatigheid en geprogrammeerd werken zijn de tandarts eigen en waarom zou hij deze uitgangspunten dan ook niet toepassen in zijn gesprekken met patiënten. Ook hier ligt in de voorbereiding het resultaat.

Vooral de eigen mogelijkheden van de patiënt zijn ongezonde gedrag te veranderen en de methoden die de patiënt ertoe aanzetten eenmaal geleerd gedrag vol te houden, staan tegenwoordig in de belangstelling van de onderzoekers.<sup>8</sup> Interessant voor de praktijk van de patiëntenvoorlichting is eveneens de vergrote kennis op het gebied van de besluitvormingstheorieën die afkomstig is uit het reclame-onderzoek en het effect van de marketing-communicatie strategieën uit de industrie.<sup>9,10</sup>

##### 4.2 Rol van de massamedia

Gezien de steeds groeiende belangstelling van het publiek voor gezondheidsonderwerpen kunnen de massamedia – televisie, radio en geschreven pers – tegenwoordig beschouwd worden als een belangrijk hulpmiddel om gezondheid te propageren. De verbetering van het gebitsbewuste gedrag van de bevolking sinds de jaren zeventig is zeer waarschijnlijk ook nauw gerelateerd aan de aandacht van de massamedia aan de problematiek van de drinkwaterfluoridering in de periode tussen 1960-1976. Deze maatregel riep bij een klein deel van de bevolking felle weerstand op en de media beschouwden deze activiteit ter voorkoming van tandbederf als nieuws.<sup>11</sup> De sociaal-wetenschappelijke agenda-settingtheorie voorspelt dat, wanneer de media in vergrote mate aandacht besteden aan een sociaal fenomeen, de bevolking in versterkte mate aandacht gaat besteden aan het onderwerp, hetgeen kan leiden tot vergrote politieke aandacht.<sup>12</sup> Het grote probleem van cariës kwam, om in termen van deze theorie te spreken, zowel op de media-agenda als op de publieke en politieke agenda. Met als ongewild effect dat de drinkwaterfluoridering – mijns inziens nog steeds de meest verantwoorde collectieve

preventieve gebitsgezondheidsmaatregel – werd afgeschaft terwijl de discussies over dit onderwerp tegelijkertijd sterk bijdroegen tot de vergrote belangstelling voor de waarde van een gezond gebit.

Op basis van een andere theorie kan verklaard worden dat mensen houdingen kunnen aanleren door anderen die in hun ogen belangrijk zijn, bijvoorbeeld acteurs, te observeren en na te bootsen.<sup>13</sup> Men moet zich dan ook niet verbazen wanneer gezondheidsvoorlichters in de toekomst meer zullen proberen via televisie-series hun ideeën bij de bevolking ingang te doen vinden. Ook de commerciële reclame doet al jaren een beroep op deze vorm van leren en de, sinds de jaren zeventig, verbeterde mondgezondheid van de bevolking is waarschijnlijk ook zeer gestimuleerd door de fabrikanten van tandpasta's.

Wanneer men met behulp van massamedia een bepaald gebitsprobleem onder de aandacht van de bevolking wil brengen, zoals in het verleden is gebeurd met de actie Goed Gebit,<sup>14</sup> zal men zich moeten realiseren dat dergelijke campagnes wel een actieve rol kunnen spelen als het gaat om gedragsveranderingen, maar dat de veranderingen slechts geleidelijk gaan en mede worden beïnvloed door andere factoren die weinig met de massamedia te maken hebben. En verder geldt ook hier: 'in de voorbereiding ligt het resultaat'. Succesvolle campagnes, gericht op de bevordering van preventief gedrag, moeten gebaseerd zijn op betrouwbare sociaal-wetenschappelijke theorieën, op zorgvuldig uitgevoerd evaluatieonderzoek en, ten slotte, op heldere doelstellingen.<sup>15</sup>

##### 4.3 Wetenschapsvoorlichting

De belangstelling voor wetenschapsvoorlichting is in onze huidige informatiesamenleving sterk gestegen.<sup>16</sup> De meeste universiteiten hebben thans wetenschapsvoorlichters in dienst, zo ook belangrijke andere onderzoeksinstituten. Er bestaan speciale cursussen over het onderwerp en vrijwel alle grote dagbladen hebben aparte wetenschapskaternen. De overheid heeft, onder meer omdat kennisoverdracht van wetenschap en techniek van zo'n groot maatschappelijk en economisch belang wordt gevonden, in 1986 de Stichting voor Publiekvoorlichting over Wetenschap en Techniek opgericht, die als doelstelling heeft het Nederlandse publiek veelvuldig te informeren over kwesties op dit gebied.<sup>17</sup> Daarnaast wil de minister van Onderwijs en Wetenschappen dat ons onderzoeksbestel zich vooral internationaal profileert. Dat beleid heeft tot gevolg dat de universiteiten, veel meer dan vroeger het geval was, belang hechten aan het publiceren van onderzoeksresultaten in vooral internationale vakbladen en hun onderzoeksmedewerkers daarvoor ook extra waarderen.



Wanneer we echter de consequenties van deze internationalisering bekijken voor de Nederlandse tandheelkunde, lijkt sprake van een bizarre situatie. De tandarts is voor de bevolking de belangrijkste informatiebron op tandheelkundig gebied. Van hem kan men niet verwachten dat hij, gezien de grote hoeveelheid onderzoeksgegevens die jaarlijks worden gepubliceerd, blijft op het gebied van de internationale literatuur. De kans is groot dat hij verstoken blijft van nieuwe ontwikkelingen. Omdat de universitaire auteurs, immers de belangrijkste bronnen van informatie voor de praktiserend tandarts, er weinig heil in zien te publiceren in de Nederlandse vakbladen, zoals uit het door mij gepresenteerde onderzoek blijkt. Het uiteindelijke gevolg kan zijn dat de bevolking de kans wordt ontzegd aan relevante nieuwe informatie te komen of zelfs achterstand in behandeling kan oplopen.

Mogelijk zou een oplossing voor het probleem kunnen zijn dat de faculteiten hun onderzoekersmedewerkers ook zouden belonen wanneer zij er bijvoorbeeld in slagen jaarlijks een goed overzichtsartikel - want er is zo langzamerhand een chronisch gebrek aan dit type noodzakelijke artikelen - uit hun onderzoeksmateriaal te publiceren in een Nederlands vakblad. Het schrijven van een Nederlandstalig boek zou ook tot de mogelijkheden kunnen behoren. Zo kunnen de onderzoekers zowel voldoen aan de wens tot internationalisering als aan de zekere verplichting deze gegevens ter beschikking te stellen aan praktiserende tandartsen en anderen uit onze samenleving die geïnteresseerd zijn in nieuw onderzoek vanuit onze vaderlandse tandheelkundige faculteiten.

## 5 Epidemiologie

De Epidemiologie is een tak van de medische wetenschap die zich bezighoudt met onderzoek naar het voorkomen van ziekten en van factoren of determinanten die dit voorkomen kunnen beïnvloeden.<sup>18</sup> Meer specifiek gesteld, epidemiologen bestuderen ziektepatronen in groepen mensen en trachten te leren waarom sommige mensen wel een bepaalde ziekte krijgen en anderen niet. Als zodanig levert de epidemioloog een bijdrage aan de bestrijding van ziekte, door behandeling of door preventie.

Het tandheelkundig-epidemiologisch onderzoek in ons land kwam pas goed op gang na de Tweede Wereldoorlog. En wel door het, ook internationaal, befaamde onderzoek naar de effecten van de drinkwaterfluoridering in de plaatsen Tiel en Culemborg.<sup>11</sup> De gegevens, de methodieken en technieken uit het Tiel-Culemborg-onderzoek worden nog steeds gebruikt in recente grote epidemiologische onderzoeken in ons land, zoals bijvoorbeeld het grote

LEOT-onderzoek uit de eind jaren tachtig dat werd uitgevoerd door onderzoekers uit Nijmegen en Leiden.<sup>19</sup> Het tandheelkundig-epidemiologisch onderzoek uit de jaren zestig en zeventig heeft er sterk toe bijgedragen dat de kennis over het ontstaan en de preventie van gebitsaandoeningen spectaculair is verbeterd. De tandarts-algemeen-practicus gebruikt, vaak onbewust, deze kennis in zijn praktijk voor de diagnose van gebitsziekten, behandelplanning en toepassing van preventieve behandelingen.

Thans ziet men een tendens dat epidemiologische gebitsgegevens vooral worden verzameld om antwoord te geven op voor het beleid relevante aspecten en het is zeker toe te juichen dat men zich terdege wil documenteren alvorens een bepaalde beleidsstrategie wordt uitgezet. Anderzijds valt te betreuren dat het andere type onderzoek, dat primair was gericht op het verwerven van meer tandheelkundige theoretische kennis, sinds het eerder genoemde Tiel-Culemborg-onderzoek in ons land praktisch niet meer voorkomt. Waarschijnlijk spelen financiële factoren hierbij een rol.

### 5.1 Cariës

Sinds het eind van de jaren zestig is de hoeveelheid tandbederf bij de Nederlandse jeugd aanzienlijk verminderd. Deze verbe-

Tabel II. Cariësprevalentie op 12-jarige leeftijd.

Land	DMFT
Denemarken	1,3
Nederland	1,7
Zwitserland	2,3
België	2,7
Frankrijk	3,0
Engeland	3,1
Italië	4,0
Bondsrepubliek Duitsland	4,1
Spanje	4,2
Griekenland	4,4

Bron: WHO 1992.<sup>20</sup>

Tabel III. Volledige tandeloosheid in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar.

Land	%
Zweden	1,0
Bondsrepubliek Duitsland	1,6
U.S.A.	2,8
Denemarken	8,0
Verenigd Koninkrijk	13,0
Finland	15,0
Nederland	18,0

Bron: IDZ-Survey 1989.<sup>21</sup>

tering blijkt het duidelijkst uit gegevens over het voorkomen van tandbederf bij vijf- en twaalfjarigen. In 1969 had slechts één procent van de vijfjarigen een gaaf gebit, in 1992 is dit percentage ruim zestig. In het begin van de jaren zeventig was de gemiddelde DMFT, een index die het aantal aangeaste, ontbrekende en gevulde tanden en kiezen aangeeft, bij de onderzochte twaalfjarige kinderen gemiddeld acht terwijl omstreeks 1990 het getal tussen de één en de twee lag (tab. II).<sup>1</sup> Na Denemarken zijn wij in Europa het land waar bij deze leeftijdsgroep de minste cariës wordt gevonden.<sup>20</sup> De vermindering in de hoeveelheid cariës heeft echter niet in gelijke mate in alle lagen bij de jeugd plaatsgevonden. Het voorkomen van tandbederf is hoger bij kinderen uit de lagere sociaal-economische milieus dan bij hun leeftijdgenootjes uit de meer bevoorrechte sociale klassen. Daarnaast komt tandbederf aanzienlijk meer voor bij kinderen van ouders afkomstig uit Turkije en Marokko dan bij kinderen van Nederlandse of Surinaamse ouders.

Ook bij jonge volwassenen lijkt er sprake te zijn van een duidelijk dalende hoeveelheid cariës. Maar of dat ook het geval is voor de leeftijdsgroepen tussen de veertig en vijftig jaar is moeilijk aan te geven. De indruk bestaat dat in deze leeftijdsgroep nog veel gebitsziekten voorkomen en dat er sprake is van een grote achterstand in tandheelkundige zorgverlening. Dat is zeker ook het geval in oudere groepen van onze bevolking die nog in het bezit zijn van hun eigen tanden en kiezen.

Voor wat betreft het percentage tandelozen zijn wij in Nederland de droevige koploper in Europa.<sup>21</sup> Uit cijfers van het CBS blijkt dat in de periode 1988-1990 ruim 24 procent van de bevolking van 16 jaar en ouder een volledige prothese in de boven- en onderkaak bezat (tab. III). Dat betekent in absolute aantallen dat zo'n drie miljoen Nederlanders een volledig kunstgebit dragen.<sup>19</sup>

Een groep met een grote achterstand in verzorging vormt de groep van de ongeveer 600.000 extreem angstige patiënten,<sup>22</sup> mensen die pas hulp zoeken wanneer de hevige pijn of schaamte hen noodzaken het in hun ogen zo verschrikkelijke en zo lang uitgestelde bezoek aan de tandarts te brengen.

### 5.2 Parodontale afwijkingen

Op het gebied van de tandvlees- en kaakbotziekten of in vaktermen de zogenoemde parodontale afwijkingen zijn, op bevolkingsniveau gezien, in Nederland veel minder gegevens bekend. In tegenstelling tot het cariësonderzoek zijn de epidemiologische methoden om de ernst van deze ziekten te bepalen aanmerkelijk minder betrouwbaar. Recent onderzoek wijst uit dat lichte vormen van tandvleesontstekingen



bij vrijwel iedere Nederlander voorkomen. Ongeveer vijf tot vijftien procent van de West-Europese bevolking, en dat lijkt ook bij ons het geval, loopt risico ernstige, irreversible, parodontale afwijkingen te krijgen.<sup>19</sup> Toch kunnen we vaststellen dat een totale, gegeneraliseerde, destructie van het parodontium weinig voorkomt bij leeftijdsgroepen rond de veertig jaar en dat de kaakbotafbraak bij deze personen veelal slechts een aantal plaatsen in de mond betreft. Parodontale afwijkingen vormen volgens de huidige inzichten niet de belangrijkste oorzaak van gebitsverlies na het veertigste jaar zoals vroeger wel eens werd gedacht.

### 5.3 Epidemiologische gegevens en gezondheidszorgbeleid

De hier verstrekte gegevens zijn zeer nuttig gebleken voor het verkrijgen van een beeld van de gebitsgezondheid in ons land. Maar epidemiologisch verkregen gegevens kunnen ook worden gebruikt voor het bepalen van het beleid op het gebied van de tandheelkundige gezondheidszorg. Zo is op dit moment de discussie over invulling van een tandheelkundig verstrekkingspakket in een toekomstige ziektekostenverzekering zeer actueel. In de plannen van de overheid wordt in deze verzekering een basispakket van zorgvoorzieningen opgenomen. De tandheelkundige zorg is daar gelukkig bij betrokken, hetgeen voor deze, vroeger nog al verwaarloosde, sector in de gezondheidszorg een belangrijke overwinning genoemd mag worden. Maar door de staatssecretaris van WVC is als voorwaarde gesteld dat het bedrag, dat thans collectief wordt gefinancierd voor tandheelkundige zorg, niet mag stijgen. Verder geldt als algemeen uitgangspunt dat de verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden moeten worden opgeheven. Dat laatste punt lijkt terecht. Immers, het is in de huidige tijd onaanvaardbaar om in de gezondheidszorg, voor wat betreft basisvoorzieningen, verschillen te maken tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Maar, vreemd genoeg, als dit uitgangspunt voor de tandheelkundige gezondheidszorg zal worden ingevoerd, voorzie ik grote problemen. Waarom?

In de huidige situatie komt het overgrote deel van de eigen betalingen in de tandheelkunde voor rekening van niet-ziekenfondsverzekerden. Wanneer nu het voor de collectiviteit beschikbare bedrag moet worden uitgesmeerd over de gehele bevolking zullen de aanspraken voor degenen die thans nog verzekerd zijn bij het ziekenfonds, dalen. Dit effect zal nog sterker zijn wanneer de claim van een van de onderhandelaars, de beroepsorganisatie van tandartsen NMT, wordt gehonoreerd om voor dit pakket gemiddeld hogere tarieven te bereke-

nen dan nu het geval is. Voor hetzelfde geld kan dan, gezien vanuit de totale bevolking, minder zorg worden geboden. Weliswaar bestaat de mogelijkheid van een aanvullende verzekering, maar het is te verwachten dat daarvan door mensen met lagere inkomens, die juist tot de tandheelkundige risicogroepen behoren, minder gebruik zal worden gemaakt. Ik denk dan nog maar niet aan het selectiebeleid van de ziektekostenverzekeraars, die nu eenmaal meerdere prioriteiten hebben, die rekening moeten houden met hun winstmarges en die als zodanig weinig enthousiast zullen zijn risicogroepen in hun verzekeringsbestanden toe te laten. Met andere woorden, voor de toekomst moet ernstig worden gevreesd voor het ontstaan van weer groter wordende verschillen als het gaat om de gebitsgezondheid tussen de meer bevoorrecht in onze samenleving en de sociaal zwakkeren.

In welke richting zou een oplossing kunnen worden gezocht voor deze problematiek? Als men nieuw nationaal beleid op het gebied van de tandheelkundige gezondheidszorg wil opzetten, behoort men uit te gaan van twee uitgangspunten, te weten de gebitsgezondheid van de bevolking op het huidige niveau en de verwachting hoe die zich in de toekomst gaat ontwikkelen.<sup>20</sup> De Wereldgezondheids Organisatie heeft daar meermalen op gewezen en zeker voor de tandcariës is dat goed mogelijk. Er zijn thans voldoende ziekte-indicatoren aanwezig om de mate van tandbederf te bepalen en verder kan men op basis van de huidige epidemiologische onderzoeksgegevens redelijk vastleggen hoe dit aspect van de gebitsgezondheid van de bevolking er op dit

moment voorstaat. Voorts kan, zoals eerder bleek uit mijn betoog, het verloop van gebitsziekte over de afgelopen jaren uitstekend worden vastgesteld. Het moet derhalve mogelijk zijn doelen voor het landelijk niveau van de gebitsgezondheid, zeker als het gaat om de cariës, voor een aantal jaren te bepalen. Net als in Finland en in Ierland moeten ook in ons land doelstellingen voor het niveau van de gebitsgezondheid van de bevolking worden gesteld.<sup>23</sup> Bijvoorbeeld voor de vijfjarigen dient in het jaar 2000 het aantal kinderen met een gaaf gebit op de WHO-norm te liggen, of, het percentage mensen met een volledig kunstgebit dient in dat jaar gedaald te zijn tot twee en een half miljoen.

Voornoemde doelstellingen kunnen worden gekoppeld aan een bepaald geldbedrag dat collectief is gefinancierd. Bijvoorbeeld, op basis van het verleden kan door de belanghebbende partijen worden afgesproken, hoeveel geld – het percentage van het BBP is voor de tandheelkunde al jaren stabiel zoals eerder bleek in mijn betoog – er voor de komende periode voor tandheelkundige zorg, bij een bepaalde groep van de bevolking, beschikbaar kan zijn en dit bedrag kan voor een bepaald aantal jaren worden vastgelegd. Een onafhankelijk onderzoeksteam voert bevolkingsonderzoek uit waardoor achteraf kan worden bepaald of de gestelde doelstellingen zijn bereikt. De kosten van onderzoek kunnen worden gefinancierd door een bepaald promillage van het bedrag dat voor de tandheelkundige zorgverlening is vastgelegd, voor onderzoek te reserveren.

Een dergelijke opzet, met het formuleren van doelstellingen voor de organisatie en financiering van de tandheelkundige ge-

### Literatuur

- <sup>1</sup>STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Toekomstscenario's Tandheelkunde: een verkenning van de periode 1990-2020; Scenarioreport Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten/Zaventem 1992.
- <sup>2</sup>DEN DEKKER J, EIJKMAN MAJ. Honderd jaar sociaal-tandheelkundig denken. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 172-5.
- <sup>3</sup>EIJKMAN MAJ. 100 jaar gedragswetenschappen in het tandheelkundig onderwijs in 1877-1977 van tandmeesters en tandartsen. 100 jaar tandheelkundig onderwijs in Nederland. 't Koggeschip. Amsterdam 1977.
- <sup>4</sup>WAGENAAR H, RÖLING NG, VAN DEN BAN AW. Basisboek voorlichtingskunde. Boom, Meppel/Amsterdam 1989.
- <sup>5</sup>EIJKMAN MAJ. A dental ombudsman: a mediator between Dutch dental patients and dental practitioners. Patient education and counseling 1987; 9: 65-72.
- <sup>6</sup>HAKMAN CJ. Een nieuw gezicht. Literatuurstudie en onderzoek naar de psychologische aspecten die een rol spelen bij orthodontische chirurgie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1993. Academisch proefschrift.
- <sup>7</sup>JANIS IJ. Short-term counseling. Guidelines Based on Recent Research. Yale University Press. New Haven and London 1983.
- <sup>8</sup>KOK GJ, MEERTENS RW, WILKE HAM. Voorlichting en verandering. 2e druk. Wolters-Noordhoff, Groningen 1992.
- <sup>9</sup>PIETERS R, VAN RAAIJ F. Reclamewerking. Stenfert Kroese Uitgevers. Leiden/Antwerpen 1992.
- <sup>10</sup>FLOOR K, VAN RAAIJ F. Marketing communicatiestrategie. Stenfert Kroese Uitgevers. Leiden/Antwerpen 1989.
- <sup>11</sup>KALSBECK H, BACKER DIRKS O. Fluorium, fluor, fluor, fluoride. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 125-9.
- <sup>12</sup>STAPPERS JG, REIJNDERS AD, MÖLLER WAJ. De werking van massamedia. een overzicht van inzichten. 2e druk. Uitgeverij De Arbeiderspers. Amsterdam 1990.
- <sup>13</sup>BANDURA A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall 1986.
- <sup>14</sup>TER HORST G, MEYER JC, SMITS R, TUINSTRAS TS, VISSER S. Het Amsterdamse TIP project. Deel I. II en III. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 87-9, 132-3, 179-80.
- <sup>15</sup>BACKER TE, ROGERS EM, PRADEEP SOPORY. Designing health communication campaigns: What works? Sage Publications. Newbury Park, London, New Delhi 1992.



zondheidszorg voor de toekomst, lijkt meer verantwoord dan de huidige. Omdat men er zo beter achter kan komen hoe effectief de tandheelkundige zorgverlening in ons land is en hoe de gemaakte keuzen en kosten in verhouding staan tot het resultaat. Ten slotte bevorderen doelstellingen de communicatie tussen de partijen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de zorgverlening. Ook hier geldt weer dat in de voorbereiding het resultaat is te vinden.

- <sup>16</sup>VAN CUILENBURG JJ. Tandheelkunde in de informatiesamenleving: de tandarts als informatiemakelaar. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 67-9.
- <sup>17</sup>ADVIES van de Commissie voor Evaluatie van de Stichting voor Publieksvoorlichting over Wetenschap en Techniek uitgebracht aan de Ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Economische Zaken. Mei 1991.
- <sup>18</sup>GUNNING-SCHEPERS LJ. Beleidsepidemiologie, what's in a name. T S G 1992; 70: 68-72.
- <sup>19</sup>TRUIN GJ, BURGERSDIJK RCW, GROENEVELD A, et al. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Universitaire Opleiding Tandheelkunde K.U. Nijmegen. NIPG. Nijmegen/Leiden 1987.
- <sup>20</sup>W.H.O. Country profiles on oral health in Europe 1991. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen 1991.
- <sup>21</sup>INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE. Mundgesundheitszustand und Verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des Nationalen IDZ-Survey 1989. Deutscher Ärzte Verlag. Köln 1991.
- <sup>22</sup>STOUTHARD MEA, HOOGSTRATEN J. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 268-70.
- <sup>23</sup>PILOT T. Persoonlijke mededeling. Brief. Maart 1993.

---

Uit de historie

## Een ernstig woord

'En daarom, met de allergrootste aandrang wend ik mij tot U, *veteranen* in ons vak. Vertelt ons van Uwe herrinneringen, Uwe overwinningen en teleurstellingen, van Uwe ervaringen en overpeinzingen, waardoor ge Uw jongere collega's kunt behoeven voor veel struikelen en mistasten; en ook tot U, gij die in de kracht van Uw

leven, aangekomen zijt op het hoogtepunt Uwer praktijk. Ik weet, gij hebt het druk en Uw tijd is kostbaar, maar wie is meer dan gij aangewezen den jongeren te geven een leidraad, een wegwijzer naar het succes. Geeft, al ware het slechts uit dankbaarheid voor 't vele dat gij aan ons vak te danken, dat gij ontvangen hebt, geeft ons van Uwe

inzichten, van Uwe methodes op praktisch-van uwe onderzoekingen op wetenschappelijk gebied, offer iets op van Uw vrijen tijd ten bate van het algemeen.'

Bron: Tijdschr Tandheelkd 1913; 20: 285.