



M.A.J. Eijkman

De jaren negentig: omslag in het sociaal-tandheelkundig denken

Samenvatting van de rede uitgesproken door prof. dr. M.A.J. Eijkman bij zijn afscheid als hoogleraar in de Sociale Tandheelkunde, in het bijzonder de Voorlichtingskunde en de Epidemiologie, aan de Universiteit van Amsterdam op vrijdag 3 oktober 2003.

EIJKMAN MAJ. De jaren negentig: omslag in het sociaal-tandheelkundig denken. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 448-450.

Inleiding

De laatste tien jaren van de vorige eeuw zijn voor sociaal-tandheelkundigen een zeer interessante periode geweest. Bezien vanuit de sociale tandheelkunde kon men spreken van het eindpunt van een lange, vruchtbare, tandheelkundige periode. Interessant was dat de resultaten van goed wetenschappelijk onderzoek uit de jaren daarvoor vrij snel in de dagelijkse tandartspraktijk werden geïmplementeerd. Verder was er sprake van een redelijk goed functionerende tandheelkundige zorgverlening die voor de totale bevolking beschikbaar was. Wanneer men de financiering en organisatie van de tandheelkundige zorgverlening in ons land bezag, was het opvallend dat Nederland omstreeks 2000 onder aan de Europese ladder van de kosten van tandheelkundige zorg verkeerde en dat het aantal inwoners per tandarts in vergelijking met andere Europese landen erg hoog was. De Nederlander bleek in die tijd één van de trouwste tandartsbezoekers in Europa te zijn. Voorts hadden twaalfjarigen in ons land de minste hoeveelheid tandbederf vergeleken met hun leeftijdsgenoten in de rest van Europa. Het was echter wel zo dat de verbetering van de cariëssituatie van de jeugd sinds de beginjaren negentig niet verder toenam. Een vreemd fenomeen was ook dat de jonge jeugd, overigens evenals in vroegere perioden, nog sterk onderbehandeld bleek te zijn. Ons land leek echter, vergeleken met zo'n vijftig jaar geleden, in de jaren tachtig en negentig een gebitsbewust land te zijn geworden. Maar opvallend was nu dat in die periode de uitgebreide voorlichtingscampagnes om de gebitsbewustheid van de bevolking te stimuleren vrijwel geheel zijn verdwenen. Dit is gebeurd ondanks het feit dat bekend mag worden geacht dat het, juist bij het geven van voorlichting over een bestaand volksgezondheidsprobleem, noodzakelijk is er regelmatig aandacht voor te vragen. Het lijkt erop dat de laatste vijftien jaar gebitsziekten voor de diverse overheden niet meer een zodanig probleem vormen dat deze grote voorlichtingsacties nodig achten. Door de sterke toename van het aantal mondhygiënist met hun preventieve takenpakket is het zeer waarschijnlijk dat thans de meeste gebitsvoorlichting in de algemene praktijk plaatsvindt.

In de laatste periode van de vorige eeuw is helaas ook veel gebeurd waarvan de gevolgen in de komende



Prof. dr. M.A.J. Eijkman

twintig jaar duidelijk merkbaar zullen zijn. In willekeurige volgorde zijn er diverse ontwikkelingen te noemen. De vroegere rode draad in het denken over gezondheidszorg, de solidariteitsgedachte, is onder vuur komen te liggen. De tandheelkundige zorgverlening voor volwassenen is bijna een vrije markt geworden, hoewel er nog geen sprake is van vrije tarieven. De toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg voor patiënten uit veel grote steden is verminderd. Adequate menskrachtplanning bleef uit. Vaststaat dat het aantal klachten over de tandheelkundige zorgverlening in die periode gestadig is toegenomen. Tandartsen gingen de druk van het werk in deze jaren meer voelen. De aandacht voor ergonomie en vooral voor werkstressfactoren, in het bijzonder burn-out, werd groter. Veel nieuwe wetten, die de rol van patiënten binnen de zorg hebben versterkt, zijn in die tien jaar in werking getreden en maken dat de zorgverlening een meer juridisch en bureaucratisch karakter gaat krij-

gen. De invloed van de vele Europese regelgeving werd zichtbaar.

Bij het zien van deze uit de jaren negentig afkomstige jungle aan regels en wettelijke bepalingen voor de praktijkvoering ontstaat het gevoel dat de politiek en de ambtenarij in de illusie leven dat zij de maatschappij van bovenaf kunnen sturen. De weerbarstige werkelijkheid van het kleine tandheelkundige veld laat zien dat dit dirigeren niet gemakkelijk gaat. Er komen immers steeds meer signalen dat tandartsen kritiek op deze gang van zaken gaan uiten en zelfs de regelgeving gaan negeren.

Kwaliteit van tandheelkundige zorg

In de jaren negentig is het denken over de kwaliteit van zorg sterk in de aandacht gekomen. Bij dit denken heeft het begrip evidence-based medicine (dentistry) aan belang gewonnen. Een en ander overziend, kan men eigenlijk niet anders doen dan vaststellen dat het hier, om het een beetje badinerend te zeggen, vooral gaat over 'oude wijn in nieuwe zakken'. Gezond kritisch denken, gebaseerd op wetenschappelijk verantwoorde kennis, hebben immers onze vakgenoten in de laatste honderd jaar toch altijd wel gedaan.

Overigens wijst onderzoek uit dat veel van de tandheelkundige studies uit verleden en heden niet voldoen aan de normen van goed wetenschappelijk onderzoek. Toch is de benadrukking van dat evidence-based denken erg belangrijk en het zal krachtig moeten worden gestimuleerd. Dit begrip is overigens ook van toepassing als het gaat om beleidsbeslissingen op het gebied van de gezondheidszorg door de overheid.

Deze materie is uitermate relevant voor de huidige discussie binnen de tandheelkunde over de toekomstige beroepsuitoefening. In augustus 2000 heeft de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg haar aanbevelingen voor de mondzorg in de toekomst naar buiten gebracht. Eén ervan betrof de verdere uitwerking van een zogenaamd teamconcept. Dit is verbazingwekkend, vooral omdat deze voorstellen zo weinig met evidence-based denken te maken hebben. Bekend is dat mondhygiënist, kindertandverzorgers en tandprothetici zelfstandig, maar liefst onder verantwoordelijkheid van een tandarts, tandheelkundige zorg kunnen leveren. Er is dus geen twijfel dat sommige taken van de tandarts kunnen worden overgenomen. Maar over vrijwel alle andere aspecten van taakdelegatie ontbreekt actueel empirisch onderzoek. Ondanks het feit dat niet alle overheidsbeslissingen kunnen worden ontleend aan resultaten van onderzoek zou men toch mogen verwachten dat een zo belangrijk onderwerp voor de toekomst van de tandheelkundige gezondheidszorg fundamenteeler wordt voorbereid. Maar dat is niet het geval. Thans worden in rap tempo hulpkrachten opgeleid die taken van tandartsen moeten overnemen. De *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (BIG) laat deze ontwikkelingen overigens toe, met alle gevaren van het uitoefenen van onbevoegde tandheelkunde. Moeten wij dan ook niet vaststellen dat het hier niet

gaat om 'evidence-based dentistry' maar vooral om 'policy-made dentistry' waarvan de consequenties uitermate vaag en niet doordacht zijn?

In de wet BIG uit 1997 wordt nadrukkelijk gesproken over de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dan is het houden van toezicht belangrijk. Vaststaat dat in het algemeen kwaliteit van zorg en toezicht op de verleende zorg twee nauw met elkaar verbonden begrippen zijn. Evenals kwaliteit blijkt toezicht een complex onderwerp te zijn. Het wordt door de Algemene Rekenkamer aldus omschreven: "het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren".

Er is in Nederland een flinke groep toezichthoudende instanties op het terrein van de gezondheidszorg: de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Economische Controle Dienst en diverse andere colleges. Als het echter de uitvoering van het toezicht houden in de tandheelkundige zorg betreft, zijn er vraagtekens. Bijvoorbeeld met betrekking tot het verzamelen van informatie over de gebitstoestand van de Nederlandse bevolking, de eerste dimensie van toezicht en een belangrijk aspect van tandheelkundig epidemiologisch onderzoek, valt op dat in ons land de laatste twintig jaar weinig systematisch bevolkingsonderzoek heeft plaatsgevonden. Landelijk verzamelde gebitsgegevens zijn een voorwaarde voor de bepaling van het beleid van de overheid. Een andere factor op dit terrein is het werk van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In deze organisatie werkt echter maar één inspecteur die specifiek voor de tandheelkundige zorg is aangesteld. In 2002 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg, op basis van een risicoanalyse, moeten besluiten aan het algemeen toezicht op tandartsen geen prioriteit meer te schenken.

De grootste zorgen liggen vooral bij het toezicht op de tandheelkundige zorgverlening, dat wil zeggen vooral bij het werk van tandartsen en lager opgeleiden die in de mond mogen werken. In de tandheelkunde zijn de afgelopen jaren elementen van marktwerking geïntroduceerd. Dat gebeurt omdat de overheid zich aan het terugtrekken is uit de gezondheidszorg. Maar als die overheid tegelijkertijd een wettelijk geregelde, beschermende taak heeft als het de gezondheidszorg betreft, wordt toezicht onontbeerlijk. De tandheelkundige zorg kan na de stelselwijziging van 1995 voor volwassen ziekenfondsverzekerden vrijwel als een consumentenmarkt worden beschouwd. De vraag is dan hoe het toezicht in deze nieuwe situatie is geregeld. Als het gaat om toezicht op de zorgverlening aan volwassen ziekenfondsverzekerden die aanvullend verzekerd zijn, is de formele wettelijke rol van de adviserend tandarts vrijwel opgehouden te bestaan. Voor deze patiënten, zoals al het geval was voor particuliere patiënten, is de huidige tariefsopbouw ondoorzichtig. Doordat de zorgverzekeraars geen inzicht geven in het aantal gehonoreerde verrichtingen zijn onderzoekers op dit gebied machteloos. Met de stelselwijziging ver-

dween eveneens de Commissie Tandheelkundige Statistiek, een buitengewoon nuttige instantie die zich bezighield met het systematisch verzamelen en registreren van alle tandheelkundige behandelingen in de ziekenfondssector. Feitelijk is de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heden ten dage nog de enige organisatie die zich, overigens ten behoeve van het eigen beleid, hier nog mee bezighoudt.

Er is dus sprake van een merkwaardige paradox. Enerzijds beschikken wij in ons land over een systeem van tandheelkundige zorgverlening waarbij het op papier lijkt dat er toezicht door de desbetreffende instanties wordt uitgeoefend. Anderzijds is dit systeem van zorg voor iedereen zo onoverzichtelijk geworden dat adequaat toezicht eigenlijk niet meer kan worden uitgeoefend. Wanneer men deze merkwaardige constatering nog eens afzet tegen de plannen zoals die in het rapport 'Advies Capaciteit Mondzorg' zijn verwoord, plannen die een heel nieuw systeem van tandheelkundige zorg beogen op te bouwen waarin lager opgeleiden een grote rol gaan spelen, is de conclusie duidelijk. Als men niet eerst zorgt voor de uitvoering van goed toezicht kan men zich beter onthouden van het opstellen van nieuwe voornemens en is men op de verkeerde weg.

Daarom kan men zich beter richten op andere prioriteiten, meer evidence-based gefundeerde doelstellingen voor de tandheelkundige zorgverlening, vastgesteld op basis van gegevens die uit bevolkingsonderzoek zijn verkregen. Dan zal blijken, evenals vroeger,

dat men zich vooral zal moeten inzetten voor de ontwikkeling van een goed systeem van georganiseerde schooltandverzorging waarin, onder verantwoording van tandartsen, hulpkrachten ten volle kunnen worden benut om kinderen uit risicogroepen en de thans zwaar onderbehandelde jeugd te helpen. Daarnaast zou men, omdat de tandheelkundige verzorging van de populatie van 65 jaar en ouder een niet te onderschatten probleem wordt, voor deze categorie patiënten een zelfde systeem kunnen opzetten. Voor de volwassenenzorg zouden de controlerende activiteiten van de adviserende tandartsen moeten worden uitgebreid. Een nieuwe Commissie Tandheelkundige Statistiek dient weer een wezenlijke plaats te krijgen in de tandheelkundige zorgverlening van de toekomst.

Tot slot

Nieuwe tijden bieden grote mogelijkheden, maar het kan ook verstandig zijn eerst meer onderzoek uit te voeren en af te wachten als het gaat om het aanbrennen van vernieuwingen. Daarbij kan het gewenst zijn terug te vallen op oude concepten. Dat geldt ook voor de inrichting van de tandheelkundige zorgverlening van de toekomst. Sociaal-tandheelkundig onderwijs en onderzoek kunnen daarbij een grote rol spelen. In dit vakgebied is veel kennis opgebouwd. Het valt te hopen dat toekomstige beleidsmakers zich zullen realiseren dat er uit deze bron veel valt te putten.