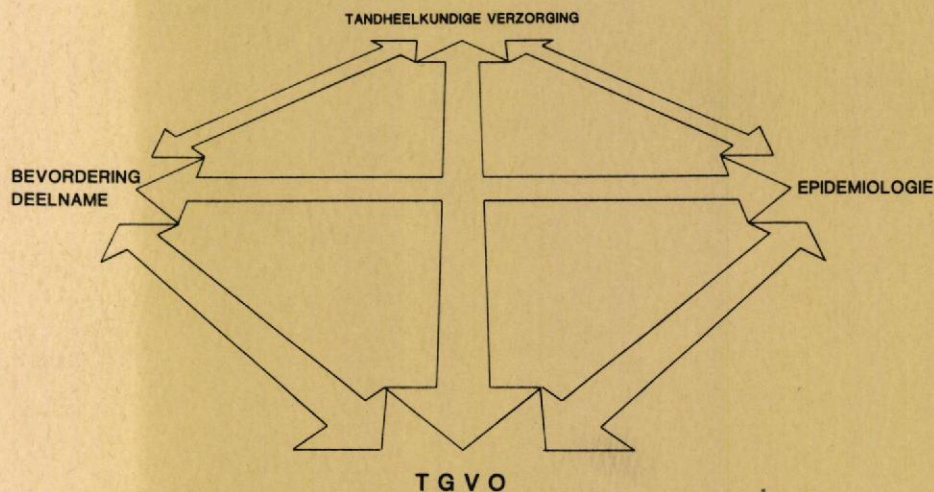


MODELLEN JEUGDTANDZORG

een onderzoek in vijf regio's

W.T.M.Ooijendijk/M.I.M.Schuurman



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

Leiden

MODELLEN JEUGDTANDZORG

een onderzoek in vijf regio's

W.T.M.Ooijendijk

M.I.M.Schuurman

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg



november 1986

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,25 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 86030.

© 1986 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 86030

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

blz.

VOORWOORD	I
LIJST VAN AFKORTINGEN	II
SAMENVATTING	IV
1. INLEIDING	1
1.1 Schets van de achtergrond van het onder- zoek	2
1.2 Opzet van het rapport	9
2. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Literatuur en documentenonderzoek	10
2.3 Interviews op landelijk niveau	11
2.4 Interviews op regionaal niveau	13
3. FRIESLAND	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Het model Friesland	21
3.3 Curatie	23
3.4 TGVO	23
3.5 Bevordering deelname	26
3.6 Epidemiologie	30
3.7 Mondhygiënist	30
3.8 Toekomstvisie	31
4. ZEELAND	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Het model Zeeland	35
4.3 Curatie	37
4.4 TGVO	38
4.5 Bevordering deelname	39
4.6 Epidemiologie	40
4.7 Mondhygiënist	42
4.8 Toekomst visie	43

5.	VEENENDAAL	44
5.1	Inleiding	44
5.2	Het model Veenendaal.....	46
5.3	Curatie	48
5.4	TGVO	50
5.5	Bevordering deelname	52
5.6	Epidemiologie	54
5.7	Mondhygiënist	55
5.8	Toekomstvisie	55
6.	DEN HAAG	58
6.1	Inleiding	58
6.2	Het model Den Haag	59
6.3	Curatie	63
6.4	TGVO	64
6.5	Bevordering deelname	66
6.6	Epidemiologie	68
6.7	Mondhygiënist	70
6.8	Toekomstvisie	71
7.	NOORDOOST NOORD-BRABANT	72
7.1	Inleiding	72
7.2	Het model Noordoost Noord-Brabant	74
7.3	Curatie	77
7.4	TGVO	78
7.5	Bevordering deelname	81
7.6	Epidemiologie	84
7.7	Mondhygiënist	85
7.8	Toekomstvisie	85
8.	DE JEUGDTANDZORG; EEN AANZET TOT EVALUATIE	90
8.1	Inleiding	90
8.2	Tandheelkundige verzorging	91
8.3	TGVO.....	96
8.4	Bevordering deelname	98
8.5	Epidemiologie	99
8.6	Functionele modellen	101
8.7	Bestuurlijke samenwerkingsmodellen	109
8.8	Personele aspecten bij de vervulling van de meerwaardefuncties	112
8.9	Enkele financiële kanttekeningen	115
8.10	Conclusies	118

9.	AANBEVELINGEN	122
9.1	Inleiding	122
9.2	De tandheelkundige functies	123
9.3	Organisatorische vormgeving op regionaal niveau	127
9.4	Personeelsbezetting	128
9.5	Financiering	130
9.6	Bestuurlijke vormgeving	131
9.7	Landelijke ondersteuning	132
	LITERATUUR	133
	BIJLAGEN	137

VOORWOORD

Invalshoeken van waaruit het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg NIPG/TNO gezondheidszorgonderzoek uitvoert zijn enerzijds epidemiologisch en anderzijds structuur en functie-gericht.

Het accent in de voorliggende studie ligt op de bestudering van de structuur en functie van de jeugdtandzorg in Nederland, beschreven vanuit de situatie in vijf regio's.

Aanleiding voor de uitvoering van dit onderzoek vormde de toezegging van de Staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer om een aantal modellen jeugdtandzorg te zullen toetsen.

Bij de opzet, uitwerking en rapportage van dit onderzoek is veel steun verkregen van: Het Ivoren Kruis, het Project Epidemiologie bij Basisgezondheidsdiensten, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, de Samenwerkende Regionale Instellingen voor de jeugdtandzorg en de sector Tand- en Mondziekten die sinds maart 1986 deel uitmaakt van het NIPG/TNO.

Ook is een woord van dank op zijn plaats voor de medewerking vanuit de in het onderzoek opgenomen regio's, te weten: Zeeland, Friesland, Den Haag, Veenendaal en Noordoost Noord-Brabant.

Tot slot willen wij mevrouw Bellersen en de heren Geraedts en Kranenburg van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur danken voor de klankbordfunctie die zij tijdens de uitvoering van dit onderzoek hebben vervuld.

Naar wij hopen levert deze studie een bijdrage aan de gedachtenvorming rond de bevordering van preventie in het algemeen en tandheelkundige preventie in het bijzonder.

Dr. A. Dijkstra,
onderdirecteur.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGZ	Algemene GezondheidsZorg
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BaGD	BasisGezondheidsDienst
B en W	Burgemeester en Wethouders
CA	Centrale Administratie
CB	Consultatie Bureau
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DGD	Districts GezondheidsDienst
FTFP	Full-Time FormatiePlaats
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GG en GD	Gemeentelijke Geneeskundige- en GezondheidsDienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie
GV	Georganiseerd Verband
GVO	GezondheidsVoorlichting en Opvoeding
JGZ	JeugdGezondheidsZorg
JTZ/V	JeugdTandZorg/Verzorging
LCD-GVO	Landelijk Centrum Dienstverlening-GVO
LOGO	Landelijk Overleg GVO in het Onderwijs
LOM	Leer- en OpvoedingsMoeilijkheden
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
NVST	Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde
NLO	Nieuwe Leraren Opleiding
NVGVO	Nederlandse Vereniging voor GVO
PFK	Provinciale Friese Kruisvereniging
PGO	Periodiek Geneeskundig Onderzoek
PR	Provinciale Raad
PVHZK	Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis
SRI	Samenwerkende Regionale Instellingen voor de jeugd- tandzorg
SWV-GVO	Samenwerkingsverband GVO
TGVO	Tandheelkundige GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
TMZ	Tandartsen Medewerkers Ziekenfondsen
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VDB	Vereniging van Directeuren Basisgezondheidsdiensten
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
WBO	Wet op het BasisOnderwijs
WVC	Welzijn Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
ZMLK	Zeer Moeilijk Lerende Kinderen

SAMENVATTING

De ontwikkelingen met betrekking tot de tandheelkundige verzorging van de jeugd hebben elkaar de laatste jaren in snel tempo opgevolgd.

Ging zo'n tien jaar geleden nog een aanzienlijk deel van de (basis)schooljeugd (50 à 60%) naar een tandarts verbonden aan een dienst voor de jeugdtandverzorging, momenteel is dat percentage teruggelopen tot $\pm 10\%$. Het aantal diensten is in die tijd teruggelopen van ruim 100 tot momenteel 16.

De tandheelkundige verzorging wordt nu dan ook voor het overgrote deel verzorgd door de huistandarts die veelal de verzorging van het hele gezin doet. Voor ziekenfondsverzekerden is sinds juli 1985 het 'Besluit Tandheelkundige Hulp jeugdige Ziekenfondsverzekerden' van kracht. Deze regeling geldt voor 0 tot 19 jarigen en voorziet in een integrale tandheelkundige verzorging. Naast de huistandarts kunnen ook Regionale Instellingen (de diensten voor jeugdtandzorg) de tandheelkundige verzorging op zich nemen; in principe bieden deze dezelfde faciliteiten en werken zij op vergelijkbare wijze als de huistandarts, zij het dat zij zich specifiek op de jeugd richten.

Vragen die naar voren kwamen bij de hiervoor genoemde ontwikkelingen betroffen met name de uitvoering van de zogenaamde meerwaardefuncties: Tandheelkundige GezondheidsVoorlichting en Opvoeding (TGVO), bevordering deelname en epidemiologie. Vragen over de vervulling van deze functies op zich en de afstemming ten opzichte van de curatieve functies op regionaal niveau vormen in hoofdzaak de aanleiding voor het onderzoek modellen jeugdtandzorg.

Het doel van het onderzoek werd als volgt geformuleerd (Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderstuk 18848, nr. 1): "Gezien de varianten van een georganiseerd verband die momenteel in het land zijn opgezet, inclusief systemen ten behoeve van een zo

groot mogelijke deelname van jeugdigen aan de tandzorg zal een aantal van deze varianten worden getoetst, zodat landelijk op korte termijn kan worden geadviseerd over hanteerbare en effectieve modellen".

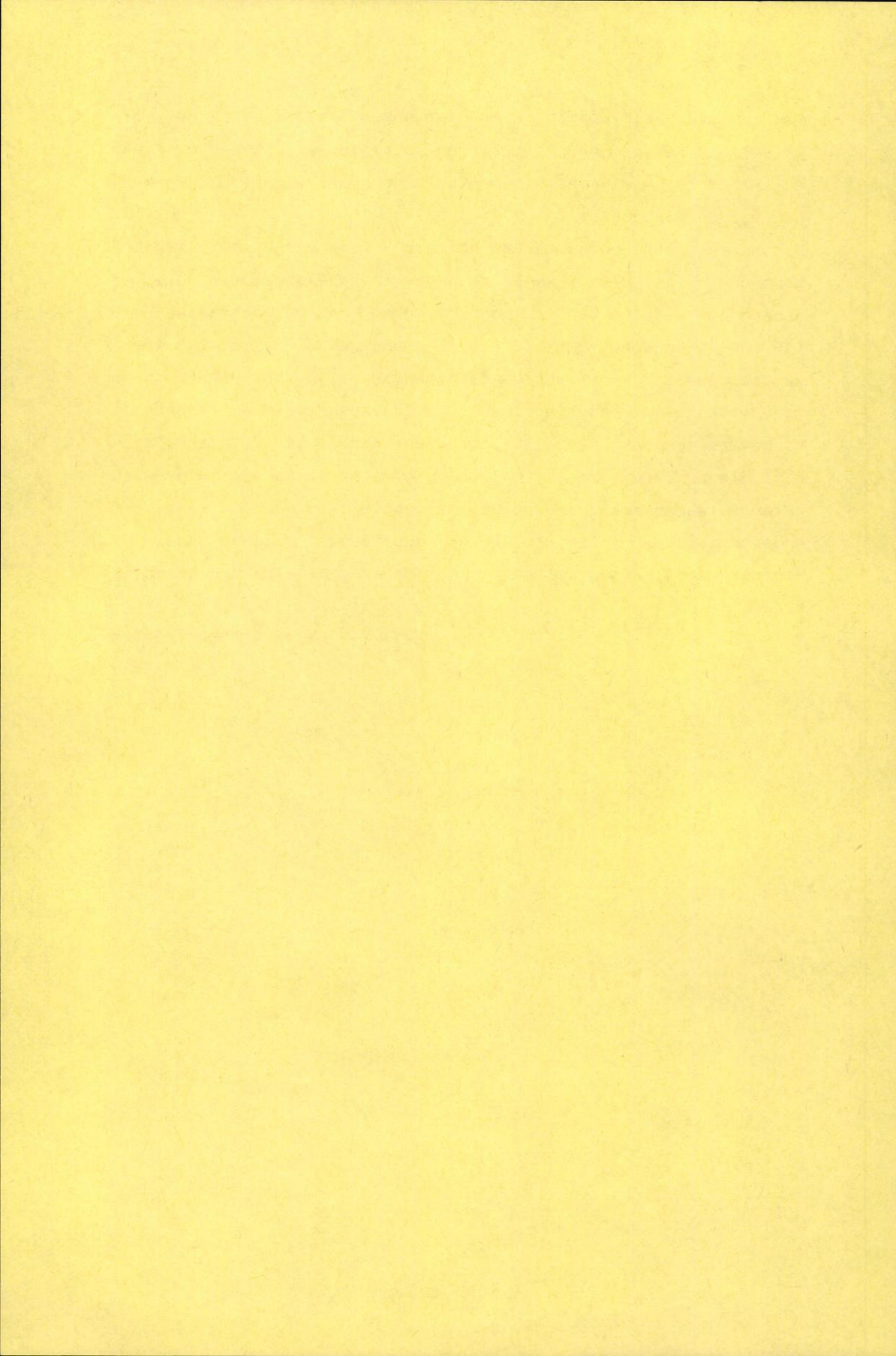
Het onderzoek is door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG) van mei tot oktober 1986 uitgevoerd. De materiaal-verzameling bestond uit drie fasen. Naast literatuur- en documentenonderzoek werd met een aantal op landelijk niveau werkenden instellingen een oriënterend interview gehouden. Het hoofdbestanddeel van het onderzoek vormde echter het maken van een situatieschets van vijf regio's, te weten: Friesland, Zeeland, Veenendaal, Den Haag en Noordoost Noord-Brabant. Vanuit een vergelijking van de vijf regio's, aangevuld met de hierboven reeds genoemde informatie vanuit de literatuur en de landelijke instellingen, komt als resultaat onder meer naar voren dat er niet één model is voor de jeugdtandzorg dat in organisatorisch opzicht sterk de voorkeur lijkt te verdienen. Alle onderscheiden modellen, te weten: het huistandartsen model, het privaatrechtelijk model, het publiekrechtelijk model en het risicogroep model, hebben zowel voor- als nadelen. De specifieke regionale situatie, zoals bijvoorbeeld een sterke vertegenwoordiging van potentiële risicogroepen (migranten, gehandicapten), zal beslissend zijn voor het na te streven model.

Feitelijk geldt eveneens voor de vervulling van de functies TGVO en bevordering deelname, dat de wijze van invulling van deze functies sterk regionaal bepaald kan zijn. Zelfs binnen regio's kan men besluiten om tot een gedifferentieerde aanpak te komen, bijvoorbeeld wat betreft wijken en/of scholen waarin extra activiteiten geïndiceerd zijn.

De indicatie-stelling daartoe zou in wezen dienen te komen vanuit een epidemiologische benadering van de tand- en mondziekten. Met name deze functie is echter op regionaal niveau nog weinig tot ontwikkeling gebracht.

Ook in bestuurlijke zin is er niet één model dat sterk de voorkeur lijkt te verdienen, mits er op regionaal niveau maar een duidelijk forum is waarbinnen knelpunten die zich voordoen kunnen worden besproken.

Wat betreft het voornemen van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om in de basisgezondheidsdiensten over te gaan tot plaatsing van één mondhygiënist per verzorgingseenheid (45.000 jeugdigen van 4 tot 19 jaar/200.000 inwoners) wordt geconcludeerd dat dit een goede garantie lijkt te bieden om de Tandheelkundige functie in een basisgezondheidsdienst gestalte te geven, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Daarbij dient onder meer te worden gedacht aan goede interne en externe samenwerkingsrelaties, financiële middelen voor het ondernemen van activiteiten en ondersteuning zowel vanuit de eigen regio als vanuit landelijke organisaties zoals het Ivoren Kruis.



1. INLEIDING

In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO (NIPG/TNO) een onderzoek uitgevoerd naar de modellen jeugdtandzorg in een vijftal regio's.

In een brief van de staatssecretaris van WVC aan de Tweede Kamer (vergaderstuk 18848, nr. 1) is het doel van het onderzoek als volgt omschreven: "Gezien de varianten van een georganiseerd verband die momenteel in het land zijn opgezet, inclusief systemen ten behoeve van een zo groot mogelijke deelname van jeugdigen aan de tandzorg zal ik een aantal van deze varianten laten toetsen, zodat landelijk op korte termijn kan worden geadviseerd over hanteerbare en effectieve modellen".

In een notitie van de directie AGZ van het Ministerie van WVC (onderzoek modellen jeugdtandzorg) wordt het doel van het onderzoek nader omschreven als: "Landelijk adviseren over hanteerbare en effectieve modellen in organisatorisch en financieel opzicht, voor de uitvoering van functies op het terrein van de JTZ".

Van belang bij de uitwerking van het onderzoeksdoel zijn drie voorwaarden die in voornoemde notitie zijn geformuleerd ten aanzien van de te toetsen modellen, namelijk:

- a. er dient sprake te zijn van een georganiseerd verband jeugdtandzorg met als doel afstemming en samenhang in de uitvoering van de functies aan te brengen;
- b. de volgende functies dienen te worden uitgevoerd: de tandheelkundige hulp, de TGVO, de epidemiologie en de bevordering van de deelname van de jeugd aan de jeugdtandzorg;
- c. de deelnemers aan het georganiseerd verband zijn in ieder geval de huistandartsen, kruisverenigingen, de basisgezondheidsdiensten, de nog bestaande jeugdgezondheidsdiensten en de diensten voor jeugdtandzorg.

Uitgaande van het geformuleerde doel van het onderzoek en de daarbij geformuleerde voorwaarden zijn twee clusters van vragen onderscheiden.

1. Vragen gericht op de vervulling van de vier hoofdfuncties:
 - a. worden in de desbetreffende regio de vier hoofdfuncties vervuld?
 - b. wie vervult welke functie(s)?
 - c. gebeurt de vervulling van de functies in samenwerking met elkaar?
 - d. hoe is die samenwerking en afstemming vastgelegd?
2. Vragen gericht op het samenwerkingsmodel:
 - a. hoe effectief en efficiënt worden de functies vervuld (financieel, bereik jeugdigen, gezondheidstoestand gebit)?
 - b. wat is de meerwaarde van de vorm van samenwerking zoals die in de regio tot stand is gekomen naar het oordeel van de betrokkenen?
 - c. werkt het samenwerkingsmodel in de praktijk, hoe wordt het samenwerkingsmodel ervaren door de uitvoerders van de jeugdtandzorg?

1.1 Schets van de achtergrond van het onderzoek

De uitvoering van het onderzoek modellen jeugdtandzorg dient te worden gezien tegen de achtergrond van de (politieke) besluitvorming ten aanzien van de jeugdtandverzorging die in de laatste jaren zijn beslag kreeg.

In schema 1.1 is de besluitvorming vanaf 1974 in chronologische volgorde beknopt weergegeven.

Schema 1.1 (Politieke) besluitvorming rond de jeugdtandzorg; een chronologisch overzicht

datum	korte inhoud
1974	Adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Hendriks, aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid omtrent de gewenste tandheelkundige voorzieningen in Nederland.
1977	Advies Centrale Raad Uitgangspunten voor wat betreft de tandheelkundige verzorging van de jeugd van 0-18 jaar: 1. De verzorging dient in georganiseerd verband plaats te vinden. 2. De hulp aan de 0-13 jarigen dient bij voorkeur gegeven te worden in vaste of mobiele centra. 3. De verzorging dient te geschieden eventueel door huis-tandartsen die een overeenkomst gesloten hebben met de regionale dienst JTV. 4. De financiering dient te geschieden vanuit één bron, hetzij uit de sociale verzekering, hetzij uit de algemene middelen.
februari 1980	Brief van Staatssecretaris, Veder-Smit, waarin haar visie op het advies van de Centrale Raad wordt kenbaar gemaakt. Op twee belangrijke punten wijkt zij van het advies af, namelijk: 1. De financiering; deze blijft bij de ziektekostenverzekeraars en de gemeenten. 2. Inschakeling van de huistandarts; deze dient op basis van gelijkwaardigheid te worden ingeschakeld, waarmee een standaard overeenkomst is gesloten.
Maart 1980	Adviesaanvraag van Staatssecretaris, Veder-Smit, aan de Ziekenfondsraad betreffende haar standpunt met betrekking tot het advies van de Centrale Raad.
1981	Voorstellen van minister Gardeniers met betrekking tot de jeugdtandzorg, inhoudende: 1. Tandheelkundige hulp voor ziekenfondsverzekerden wordt verstrekt door tandartsen die ziekenfondsmedewerker zijn. 2. De diensten van jeugdtandverzorging dienen zich zodanig om te vormen dat zij onder dezelfde voorwaarden tandheelkundige hulp verlenen als de huistandartsen. 3. De meerwaardefuncties dienen ondergebracht te worden bij de basisgezondheidsdiensten.

vervolg schema 1.1

oktober 1981	Aanvaarding motie waarin minister Gardenier verzocht werd uitvoering te geven aan de beleidsvoornemens, zoals uiteengezet in de brief van Veder-Smit d.d. 14-2-1980.
januari 1982	Publicatie van de nota "Jeugd tandverzorging op het spel" van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde. In deze nota wordt geconstateerd dat de afbouw van de diensten voor jeugd tandzorg een ongelukkige ontwikkeling is. Als redenen hiervoor worden naar voren gebracht: - voorlichting, preventie en curatie in één hand versterkt elkaar; - risicogroepen worden het eerst de dupe; - specifieke deskundigheid voor het behandelen van jonge en zeer jonge kinderen gaat verloren; - diensten JTV houden de epidemiologische situatie in het oog.
februari 1982	Minister Gardeniers vraagt advies aan Ziekenfondsraad aangaande haar voorstellen.
maart 1982	Interpellatie aangevraagd door de heer Dees. Indiening twee moties: 1. Motie Dees; onverkort handhaven motie van eind 1981. 2. Motie Cornelissen; accoord met nadere adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad met het verzoek uiterlijk 1 juni 1982 advies uit te brengen en dit advies te bespreken in de Tweede Kamer, alvorens tot een definitieve beleidsbeslissing te komen. De motie Cornelissen werd aanvaard.
mei 1982	De NMT spreekt zich op de algemene ledenvergadering uit vóór een overkoepelend organisatorisch verband voor de jeugd tandverzorging in de regio.
juni 1982	De Tandartsen Medewerkers Ziekenfondsen (TMZ) spreekt zich uit tegen één overkoepelende organisatie.
juni 1982	Advies Ziekenfondsraad. Meningen van de Raad waren verdeeld. 1. Meerderheid is voorstander van een jeugd tandverzorging bestuurd door een overkoepelend organisatorisch verband. Tandartsen in dienstverband en huistandartsen hebben een overeenkomst met een regionale instelling. 2. Minderheid is voorstander van een structuur zonder overkoepelend verband.

augustus 1982	Brief minister Gardeniers aan Tweede Kamer, inhoudende: 1. De tandheelkundige zorg van de jeugd dient vanuit een samenhangend kader te gebeuren. 2. Er behoeft geen aparte structuur te komen, waarbij de hulpverlening geschiedt door regionale instellingen voor JTV. 3. Nauwe samenhang realiseren met kruisorganisaties en basisgezondheidsdiensten. 4. Goed functionerende diensten kunnen op basis van dezelfde financiering als de huistandarts blijven voortbestaan. 5. De minister gaat als overgangsfase accoord met een bijdrage van 90% door de ziekenfondsen in de kosten van de diensten JTV.
---------------	--

september 1982	Publicatie van de nota 'Jeugdtandverzorging in georganiseerd verband heeft méér waarde' van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde. In deze nota wordt ingegaan op de meerwaardefuncties zoals die in een georganiseerd verband (dienst) JTV worden uitgevoerd: TGVO, bevordering deelname, haal- en brengservice en epidemiologie.
----------------	--

oktober 1982	Aanvaarding motie de Pree waarin de regering wordt uitgenodigd uitvoering te geven aan de opzet van de jeugdtandverzorging conform het meerderheidsadvies van de Ziekenfondsraad, met dien verstande dat aan de regio wordt overgelaten of daarbij gebruik gemaakt wordt van een eigen centrum of niet.
--------------	---

oktober 1982	Overeenstemming tussen Minister en Tweede Kamer over de volgende punten: 1. De tandheelkundige verzorging van de jeugd dient te geschieden vanuit een georganiseerd samenhangend kader. 2. Op regionaal niveau dient dit georganiseerd verband ingevuld te worden. Dit kan zijn: - een regionale instelling voor jeugdtandverzorging. - een regionaal samenwerkingsverband voor jeugdtandverzorging.
--------------	--

augustus 1983	Brief van Staatssecretaris van der Reyden aan de Ziekenfondsraad waarin wordt uiteengezet dat: 1. De tandheelkundige verzorging van jeugdigen dient te geschieden vanuit een georganiseerd verband. 2. De wijze waarop invulling wordt gegeven aan het samenwerkingsverband wordt overgelaten aan de regio.
---------------	--

	3. Welke invulling ook aan het samenwerkingsverband wordt gegeven, het mag niet leiden tot extra kosten.
juni 1984	Advies van de Ziekenfondsraad aan de staatssecretaris met betrekking tot een nieuw verstrekkingenpakket voor de jeugd van 0-19 jaar en de huidige financiering van de georganiseerde jeugdtandzorg tot uiterlijk 1988 te handhaven.
juli 1984	Brief van de Vereniging Nederlandse Gemeenten aan haar leden betreffende de wijziging van de financiering, gevolgen voor de organisatie en rol van de gemeenten. Dit ter voorbereiding op het besluit tandheelkundige hulp jeugdige verzekerden ziekenfondsverzekering.
oktober 1984	Advies van de Vereniging Directeuren van Basisgezondheidsdiensten (VDB) inzake de tandheelkundige collectieve preventie bij basisgezondheidsdiensten. Hierin wordt aan de leden geadviseerd actief te bevorderen dat de meerwaardefuncties worden geïntegreerd in de basisgezondheidsdienst.
februari 1985	Brief van de staatssecretaris van WVC aan de Tweede Kamer inzake de stand van zaken in de verwezenlijking van de jeugdtandzorg en van de voornemens op korte termijn. In de brief wordt onder meer melding gedaan van het advies van de VDB met betrekking tot de vervulling van de meerwaardefuncties en wordt aangekondigd een aantal varianten van een georganiseerd verband te toetsen.
maart 1985	Mondeling overleg van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid met de staatssecretaris van WVC naar aanleiding van de brief van 4 februari 1985. In dit overleg wordt mededeling gedaan van mogelijke plaatsing van mondhygiënisten bij basisgezondheidsdiensten.
mei 1985	Schrijven van de NMT aan de staatssecretaris van WVC waarin wordt vermeld dat NMT en VNZ onder zekere randvoorwaarden bereid zijn contractuele waarborgen te scheppen.
juni 1985	Brief van de staatssecretaris van WVC aan de Tweede Kamer waarin de ontwikkelingen inzake de jeugdtandzorg worden uiteengezet; in het bijzonder de voorgenomen invoering van het "Besluit Tandheelkundige Hulp Jeugdige Ziekenfondsverzekerden".

vervolg schema 1.1

juni 1985	Mondeling overleg van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid met de staatssecretaris van WVC waarbij de commissie in grote lijnen acoörd gaat met het gevoerde beleid.
juli 1985	Datum van de van krachtwording van het "Besluit Tandheelkundige Hulp Jeugdige Ziekenfondsverzekerden".
oktober 1985	Circulaire van de staatssecretaris van der Reyden waarin wordt ingegaan op de vervulling van de functies: tandheelkundige hulp, TGVO, bevordering deelname en epidemiologie. Tevens wordt daarin ingegaan op een georganiseerd verband "wat minimaal de vorm zal hebben van een samenwerking van diegenen die curatieve en/of preventieve functies in de regio vervullen ten behoeve van de jeugdtandzorg".
november 1985	Reactie van de NMT op de circulaire JTZ van 2 oktober 1985, waarin wordt aangedrongen op een concrete inbreng van tandartsen in de basisgezondheidsdiensten.
november/ december 1985	Besluit tot opheffing van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde.
november/ december 1985	Oprichting Stichting Samenwerkende Regionale Instellingen voor Jeugdtandverzorging.
maart 1986	Schrijven van de NMT aan de besturen van de afdelingen van de NMT inzake de bevordering van de totstandkoming van samenwerkingsverbanden JTZ.
maart 1986	Rondschrijven van de NMT aan de afdelingen waarin concrete suggesties worden gedaan voor de aanpak van een georganiseerd verband in de regio.
april 1986	Brief van staatssecretaris van der Reyden aan de Tweede Kamer waarbij een voortgangsnotitie met betrekking tot de beleidsontwikkelingen op het gebied van de jeugdtandzorg wordt aangeboden. In deze notitie wordt in een apart deel ingegaan op de tandheelkundige zorg voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten.
juli 1986	Publicatie van de concept Richtlijnen en kwaliteitseisen in het kader van de integrale invoeringsprojecten WVG. Hierin wordt onder meer melding gedaan van de taak van de jeugdgezondheidszorg met betrekking tot de preventieve tandheelkundige zorg en de minimumcapaciteit van 1 full-time equivalent mondhygiënist per 45.000 jeugdigen van 4-19 jaar.

vervolg schema 1.1

augustus 1988	Uiterste datum tot gebruikmaking van de overgangsregeling voor diensten JTV.
---------------	--

Dit schema is mede gebaseerd op een inleiding van M.D. Hage (GHI) gehouden tijdens de jaarvergadering van het Ivoren Kruis in 1984.

Uit schema 1.1 blijkt duidelijk de stroomversnelling waarin de besluitvorming rond de jeugdtandzorg zich heeft bevonden en feitelijk nog bevindt.

Een belangrijke rol bij dit alles heeft ongetwijfeld gespeeld de totale situatie met betrekking tot het aantal tandartsen. Rond de jaren 70 werd er nog gesproken over een aanzienlijk tandartsentekort. Inmiddels is die situatie totaal gewijzigd en kan worden gesproken van een overschot aan tandartsen.

Het resultaat van alle hierboven geschetste ontwikkelingen is dat het aantal diensten jeugdtandzorg en de deelname in omvang zijn afgenomen.

In tabel 1.1 wordt deze terugloop in beeld gebracht.

Tabel 1.1 Ontwikkelingen in de deelname aan de jeugdtandverzorging

Schooljaar	aantal diensten	deelnemersaantal
1965/1966	124	665.260
1970/1971	126	712.997
1975/1976	101	615.582
1980/1981	67	485.308
1985/1986	16	± 157.000

bron: jaarverslagen Ned. Ver. Soc. Tandheelkunde aangevuld met gegevens verkregen van de Samenwerkende Regionale Instellingen voor Jeugdtandzorg. De gegevens over 1985/1986 betreffen een globale raming op basis van het aantal bestaande en in oprichting zijnde regionale instellingen met de leerlingenaantallen van die diensten van het jaar 1983/1984.

De aandacht die vanuit veel vroegere diensten jeugdtandzorg gegeven werd aan de tandheelkundige (collectieve) meerwaardefuncties (TGVO, epidemiologie en bevordering deelname) dreigde met de opheffing van de diensten verloren te gaan. De herkenning van dit gevaar was voor het ministerie van WVC aanleiding om te streven naar de totstandkoming van samenwerkingsverbanden (georganiseerde verbanden) jeugdtandzorg die op regionaal niveau aan de collectieve meerwaardefuncties gestalte zouden kunnen geven. Het initiatief werd daarbij gelegd bij de regio zelf. Vanuit de daar naar voren komende oplossingen voor de gerezen knelpunten zou door middel van een evaluatie worden aangegeven welke modellen effectief en hanteerbaar bleken te zijn.

1.2 Opzet van het rapport

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt ingegaan op de opzet en uitwerking van het onderzoek, op de interviews die zijn gehouden met enkele organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van de jeugdtandzorg op landelijk niveau, op de selectie van de bij het onderzoek betrokken vijf regio's en de operationalisering van de vraagstelling.

In de hoofdstukken 3 t/m 7 worden beschrijvingen gepresenteerd van de situatie met betrekking tot de jeugdtandzorg in de regio's. Hierbij wordt aandacht gegeven aan een algemeen profiel van de regio, de schets van het samenwerkingsmodel, de personele en financiële situatie met betrekking tot de jeugdtandzorg, de vervulling van de vier functies en de toekomstige ontwikkelingen zoals die in de desbetreffende regio's worden voorzien.

In hoofdstuk 8 wordt op systematische wijze een vergelijking gepresenteerd van de vijf regio's. In hoofdstuk 9 volgen de aanbevelingen die kunnen worden geformuleerd op basis van de gepresenteerde informatie.

2. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

2.1 Inleiding

De materiaalverzameling ten behoeve van het onderzoek is uitgevoerd in 3 fasen, te weten:

- literatuur en documentenonderzoek;
- afname van mondelinge interviews met een aantal instellingen en organisaties dat op landelijk niveau bij de jeugdtandzorgontwikkelingen betrokken is;
- afname van mondelinge interviews in een vijftal regio's met de direct betrokken organisaties en instellingen.

In dit hoofdstuk zal nader op de uitvoering van deze onderdelen worden ingegaan. Eveneens zal vanuit de beide eerstgenoemde onderzoeksfasen relevante informatie worden gepresenteerd. Deze waren met name bedoeld ter voorbereiding van de materiaalverzameling op regionaal niveau en ter formulering van een referentiekader voor de regionale situaties.

2.2 Literatuur en documentenonderzoek

Het literatuur- en documentenonderzoek had in hoofdzaak twee doelen. Enerzijds was het doel inzicht te krijgen in de beleidsontwikkelingen met betrekking tot de tandheelkundige voorzieningen voor de jeugd. De meest relevante nota's, kamerstukken, brieven en dergelijke zijn reeds chronologisch weergegeven in het schema 'beleidsontwikkelingen' in hoofdstuk 1.

Anderzijds had het literatuur- en documentenonderzoek tot doel om te komen tot een operationalisering van de vraagstelling en voorbereiding van de interviews zoals die bij de regio's zouden worden gehouden. Dit betrof een aantal epidemiologische studies,

jaarverslagen van basisgezondheidsdiensten en diensten jeugdtandverzorging en beleidsnota's vanuit diverse regio's met betrekking tot regionale ontwikkelingen. Laatstgenoemde documenten werden met name verzameld in regio's die in aanmerking leken te komen om bij het onderzoek te worden betrokken.

De verzamelde documentatie wordt weergegeven in het literatuuroverzicht, en zal bij de beschrijving van de regio's en de beide slothoofdstukken worden verwerkt.

2.3 Interviews op landelijk niveau

Het doel van deze fase die parallel aan fase één werd uitgevoerd, was deels identiek aan het literatuur- en documentenonderzoek. Zo werden deze interviews met landelijke organisaties en instellingen benut om goed geïnformeerd te raken over de beleidsontwikkelingen op het terrein van de jeugdtandzorg en de knelpunten die zich daarbij voordoen. Daarnaast waren deze interviews bedoeld om snel en adequaat te komen tot een operationalisering van de vraagstelling voor de regio's. Dit met name voor wat betreft de vervulling van de meerwaardefuncties, namelijk: TGVO, epidemiologie en systemen ter bevordering van de deelname.

De keuze van de instellingen was erop gericht inzicht te krijgen in de aspecten die een rol spelen bij de vervulling van de diverse onderscheiden functies. Met het oog daarop werden de volgende instellingen en organisaties geïnterviewd, waarbij is weergegeven met het oog op welke aspecten zij in het bijzonder werden benaderd:

1. Het Ivoren Kruis - TGVO;
2. Sector Tand- en Mondziekten van het NIPG/TNO - epidemiologie;
3. Project Epidemiologie bij Basisgezondheidsdiensten (PEB) - epidemiologie;

4. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) - beleidsinformatie vanuit de gemeentelijke optiek;
5. Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) - algemene beleidsinformatie, tandheelkundige zorg;
6. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) - algemene beleidsinformatie, verstrekkingenpakket voor jeugdigen, informatie over de deelname aan de jeugdtandverzorging;
7. Samenwerkende Regionale Instellingen voor de jeugdtandzorg (SRI) - algemene beleidsinformatie, ontwikkelingen op het terrein van de georganiseerde jeugdtandverzorging.

Vraagpunten die afhankelijk van de te interviewen instelling of organisatie meer of minder uitvoerig aan de orde werden gesteld betroffen:

- de aanwezige informatie en documentatie met betrekking tot de jeugdtandzorg in het algemeen en de georganiseerde verbanden in het bijzonder;
- de visie met betrekking tot georganiseerde verbanden jeugdtandzorg, voorzover de beschikbare documentatie daarin een inzicht geeft, of nuancering behoeft;
- de wenselijke invulling van de vier onderscheiden functies: tandheelkundige hulp, TGVO, epidemiologie en bevordering deelname, waarbij het accent met name lag op de laatstgenoemde 'meerwaarde' functies;
- de noodzakelijke voorwaarden - personeel, organisatorisch voor een optimale uitvoering van de onderscheiden functies;
- de eventuele knelpunten die zich voordoen of kunnen voordoen bij de vervulling van de onderscheiden functies.

Alle benaderde organisaties hebben hun volledige medewerking gegeven aan het onderzoek.

Behalve door middel van de reeds genoemde vraagpunten was het interview niet gestructureerd. Voorzover er informatie/documentatie werd verstrekt over recent beleid, werd dit verwerkt in schema 1.1

De inhoudelijke informatie van de geïnterviewden is - zoals bij de opzet in de bedoeling lag - verwerkt in de interviewschema's die op regionaal niveau werden toegepast. Deze informatie is daarnaast gebruikt bij de opstelling van de hoofdstukken over de vergelijking van de regio's en bij het trekken van conclusies en het doen van beleidsaanbevelingen.

Eén van de doelen van de interviews was het verkrijgen van inzicht in de deelnamecijfers aan de jeugdtandzorg. Hiervoor werd de VNZ benaderd.

Op het moment van het onderzoek was het voor de VNZ echter nog niet mogelijk gegevens te verstrekken over de deelname aan de jeugdtandzorg. In de eerste plaats omdat het nieuwe systeem voor de jeugdtandverzorging nog slechts kort functioneert, in de tweede plaats werd het opleveren van gegevens nog extra bemoeilijkt door de opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering, waardoor tussentijds een wijziging kwam in het aantal ziekenfondsverzekerden. Gegevens over de deelname worden door de VNZ echter wel verzameld in het kader van de budgetbewaking voor de jeugdtandzorg ziekenfondsverzekerden. In het kader daarvan komt de VNZ te zijner tijd zelf met informatie over onder meer aantal verzorgde jeugdigen en de verstrekkingen.

2.4 Interviews op regionaal niveau

De informatieverzameling was erop gericht inzicht te krijgen in de situatie zoals die met betrekking tot uitvoering van de jeugdtandzorg in een aantal regio's was gegroeid. Om praktische redenen (beschikbare financiële middelen, tijdsfactor) werd besloten het onderzoek beperkt te houden tot een vijftal regio's. Bij de keuze van de regio's speelden de volgende criteria een rol:

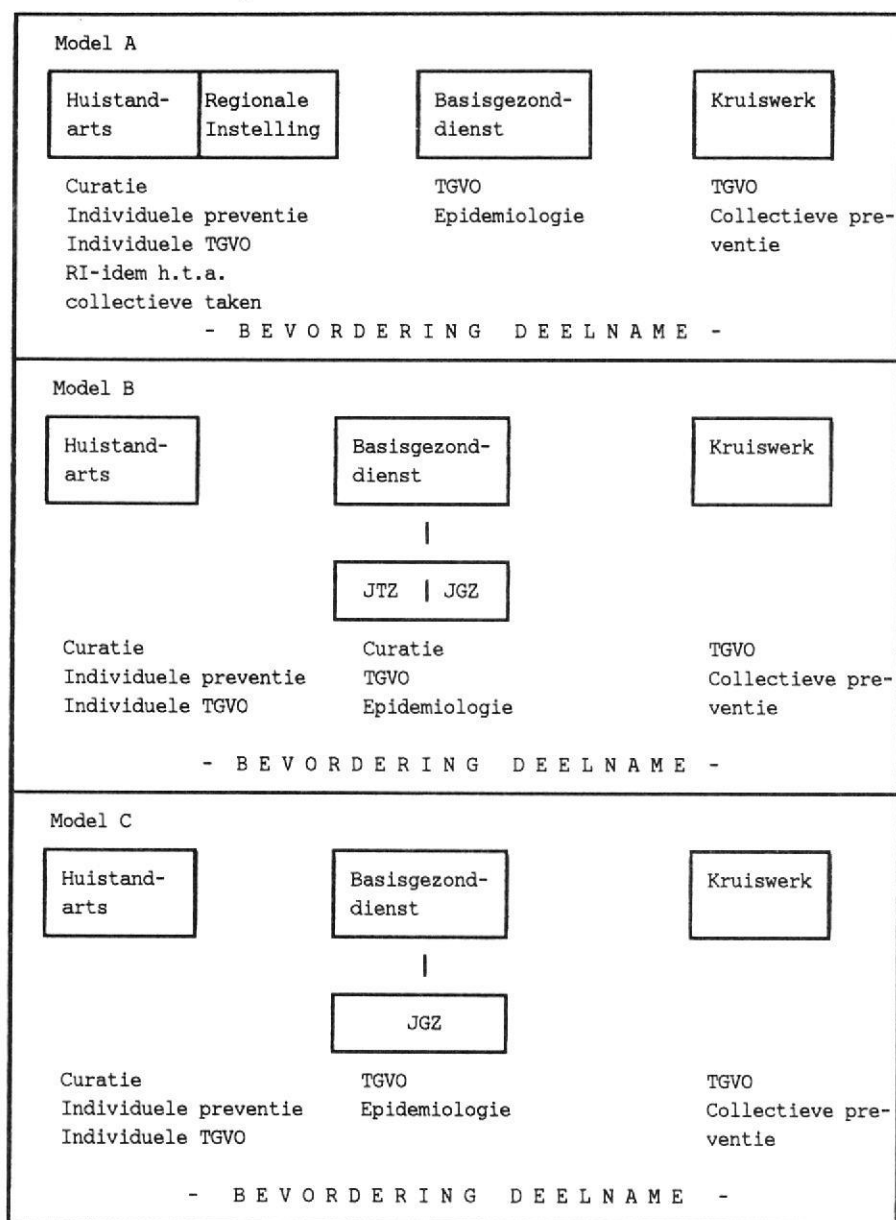
- a. model van waaruit werd gewerkt;
- b. verspreiding over het land;
- c. aard van de regio (stedelijk vs. landelijk);
- d. schaalgrootte van het samenwerkingsverband;
- e. eventuele bijzondere kenmerken/achtergronden.

De criteria b, c, d en e spreken voor zich, ten aanzien van het model werden door WVC in de notitie onderzoekmodellen jeugdtandzorg drie hoofdvarianten onderscheiden. Deze worden hieronder in schema 2.1 weergegeven.

Bij de modellen A, B en C worden de belangrijkste participanten weergegeven alsmede de functies die zij in het betreffende model uitvoeren.

Op basis van een zo goed mogelijke spreiding op de genoemde criteria en eerder gedane toezeggingen werden in overleg met WVC en de NMT vijf regio's geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Deze worden hieronder genoemd, waarbij is aangegeven op basis van welke criteria de betrokken regio's werden geselecteerd.

Schema 2.1 Modellen jeugdtandzorg zoals deze op theoretische gronden waren onderscheiden in de notitie van WVC - Onderzoek Modellen Jeugdtandzorg.



Friesland

- a. model c;
- b. noorden van het land;
- c. overwegend landelijk;
- d. de hele provincie Friesland omvattend;
- e. het in Friesland jarenlang uitgevoerde TGVO-project.

Zeeland

- a. model c;
- b. zuid-westen van het land;
- c. overwegend landelijk;
- d. de hele provincie Zeeland omvattend;
- e. de door WVC op experimentele basis geplaatste mondhygiëniste bij de DGD Zeeland.

Veenendaal

- a. variant op model c (de uitvoering van de meerwaarde functies ligt bij de gemeentesecretarie);
- b. midden van het land;
- c. stedelijk;
- d. beperkt tot uitsluitend de gemeente Veenendaal;
- e. de directe betrokkenheid van de gemeente bij zowel TGVO als oproepsysteem.

's Gravenhage

- a. model b;
- b. westen van het land;
- c. grootstedelijk;
- d. de gemeente Den Haag;
- e. reorganisatieproces van de afdeling JTZ van de GG en GD Den Haag.

Noord Oost Noord-Brabant

- a. model a;
- b. zuiden van het land;
- c. overwegend landelijk;
- d. regionaal niveau;
- e. mogelijke aansluiting van de dienst JTZ bij de basisgezondheidsdienst.

De te interviewen organisaties/instellingen per regio waren:

- 'trekker' van het Georganiseerd Verband JTZ.;
- dienst JTZ;
- vertegenwoordiging van basisgezondheidsdienst(en);

- afdelingsbestuur van de NMT (als vertegenwoordiging van de huistandartsen);
- vertegenwoordiging vanuit het kruiswerk;
- regionaal ziekenfonds;
- eventuele andere bij de JTZ betrokken organisaties (afhankelijk van de regionale situatie) zoals gemeenten en provinciale raad.

De interviews werden gehouden aan de hand van een met behulp van fase 1 en 2 van het onderzoek ontwikkelde vragenlijst.

In hoofdlijnen omvat de vragenlijst de volgende onderwerpen:

- Algemene gegevens: betrokkenheid bij JTZ, aard van die betrokkenheid, aanwezigheid speciaal personeel, totaal beschikbare personeelsbezetting, samenwerking, omvang verzorgingsgebied.
- Epidemiologie: vervulling van deze functie, beschikbaarheid resultaten, documentatie, personeelsinzet, materiële kosten, ondersteuning, uitvoering functie door andere organisaties, specifieke samenwerking, knelpunten, oplossingen, plannen op korte en lange termijn, te voorziene knelpunten, formulering doel van de realisatie epidemiologische functie.
- Stimulering deelname/oproepsysteem: vragen vergelijkbaar met die over epidemiologie.
- TGVO: vragen vergelijkbaar met die over epidemiologie
- Curatie: vragen vergelijkbaar met die over epidemiologie.
- Mondhygiënist: aanwezigheid, personeelsformatie, taken, plannen, toelichting op plannen.
- Georganiseerd verband: Opinie over: vervulling subfuncties, samenwerking, deskundigheid, financiële regeling, capaciteit voor ondersteuning van het georganiseerd verband, kwaliteitsbewaking, verzorging risicogroepen, knelpunten, oplossingen, meerwaarde.

- Toekomstvisie op het georganiseerd verband.

In de volgende vijf hoofdstukken zullen de regio's achtereenvolgens in beeld worden gebracht.

3. FRIESLAND

3.1 Inleiding

Op 1 augustus 1985 zijn de vijf stichtingen voor jeugdtandverzorging (JTV) in Friesland officieel geliquideerd. Aanleiding was de moeilijke financiële positie van de diensten, ondermeer veroorzaakt door een voortdurende afname van het aantal curatief deelnemende kinderen en de hiermee gepaard gaande stijgende kosten per deelnemend kind.

Invoering van een nieuwe financieringsvorm voor jeugdigen tot 19 jaar (integraal verstrekkingensysteem) en een overzicht van de financiële gevolgen van de liquidatie leidden tot de conclusie dat verdere voortzetting van de werkzaamheden van de diensten financieel onhaalbaar was.

Met het verdwijnen van de vijf stichtingen voor jeugdtandverzorging verviel ook de financiële basis voor het TGVO-project Friesland, dat in 1972 door de diensten gezamenlijk was opgestart.

Om te voorkomen dat er na liquidatie van de stichtingen JTV een lacune zou ontstaan en dat de bestaande samenhang tussen curatie en preventie zou vervagen, nam het bureau van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland op verzoek van een aantal nauw betrokkenen het initiatief om te komen tot een continuering van de samenhang.

De vorm die daarvoor werd gekozen is de realisatie van een commissie jeugdtandzorg (JTZ) bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Omdat het onzeker is welke vorm een georganiseerd verband in de toekomst zal hebben, dient de commissie opgevat te worden als een voorlopig georganiseerd verband. In schema 3.1 zullen enkele kerngegevens over het model Friesland worden weergegeven.

Schema 3.1 Kerngegevens over het model Friesland

Naamaanduiding: Georganiseerd verband Friesland

Bestuurlijke afgrenzing: Provincie Friesland

Aantal inwoners (1-1-1986): 598.068

Aantal jeugdigen per jaargroep (1-1-1986):

(Bron: CBS)

0	7753	6	7972	12	9388
1	7666	7	7951	13	10366
2	7818	8	7879	14	10953
3	7905	9	8277	15	11263
4	8215	10	8405	16	11637
5	8433	11	8842	17	11126
				18	10700
				totaal	172.549

Deelname % JTZ: Naar schatting zou $\pm$ 90% van de jeugdigen ingeschreven staan bij een tandarts. Betrouwbare gegevens zijn echter nog niet beschikbaar.

Bestuursvorm: Commissie (voor advies en bijstand) Jeugdtandverzorging van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland.
In afwachting van de verdere ontwikkelingen wordt de commissie gezien als een voorlopig georganiseerd verband.

Participanten: Basisgezondheidsdiensten (directie, GVO-functionarissen en school-/jeugdarts)
Provinciale Friese Kruisvereniging (districtsarts, TGVO-functionaris)
Huistandartsen (NMT)
Ziekenfonds (adviserend tandarts)
Samenwerkingsverband GVO/preventie
Inspecteur Volksgezondheid (adviseur)
Ivoren Kruis (adviseur)

Startdatum: 1 januari 1986

Vergaderfrequentie: Vermoedelijk 4x per jaar

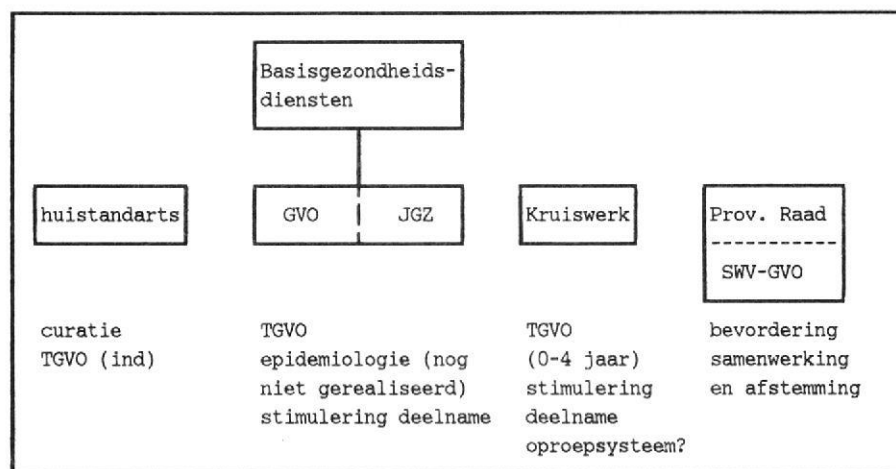
Doel (taakopdracht): 1. Bevorderen van de afstemming en samenhang met betrekking tot curatie, de individuele- en collectieve preventie;
2. Bevorderen van zo groot mogelijke deelname aan de jeugdtandzorg (bijvoorbeeld door een oproepsysteem);
3. Op basis van epidemiologische gegevens beleidsvoorstellen doen aangaande curatie en preventie (waarbij onder meer gedacht moet worden aan het in de gaten houden en eventueel in kaart brengen van risicogroepen).

3.2 Het Model Friesland

Het model Friesland wordt in schema 3.2 weergegeven. De samenwerking tussen de uitvoerders van de functies krijgt geformaliseerd gestalte in een commissie Jeugdtandzorg van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.

De vervulling van de subfuncties levert enige vraagpunten op, met name wat betreft het organisatorisch onderbrengen van het oproepsysteem en de realisering van de epidemiologische functie. Zie hiervoor echter de volgende paragrafen.

Schema 3.2 Model Friesland



Het huidige model werkt op provinciaal niveau.

Door enkele participanten wordt overwogen om bij het ontstaan van meer duidelijkheid over de indeling van Friesland in drie regio's de samenwerking op het gebied van de jeugdtandzorg op regionaal niveau gestalte te geven.

- personele inzet en kosten -

In de provincie Friesland is de volgende personele inzet voor de jeugdtandzorg beschikbaar:

170 huistandartsen

±10 mondhygiënisten merendeels werkzaam op part-time basis in de huistandartspraktijken

.5 TGVO functionaris bij het kruiswerk (op tijdelijke basis t/m 1-1-1987)

5.6 GVO functionarissen bij basisgezondheidsdiensten gedeeltelijk ook werkzaam op het terrein van de TGVO

.5 beleidsmedewerker verbonden aan de Provinciale Raad.

Wat betreft laatstgenoemde functionaris geldt dat dit in verband met de afbouw van de vijf stichtingen jeugdtandverzorging per 1-8-1985 en het starten van het georganiseerd verband JTZ tijdelijk vrij intensieve werkzaamheden vroeg.

Voor overige betrokken organisaties en personen bij de jeugdtandzorg zoals jeugdartsen en CB-artsen geldt dat de activiteiten volledig zijn geïntegreerd in het totale functioneren. Een toerekening van de personeelsinzet zou aan dit integrale karakter afbreuk doen.

De kosten voor de jeugdtandzorg zijn deels onbekend (huistandarts en mondhygiënisten) in verband met het momenteel nog ontbreken van gegevens van de ziektekostenverzekeraars.

Deels zijn die kosten ook niet te isoleren vanuit het totale functioneren van de functionarissen.

Voor de realisatie van een oproepsysteem is een begroting opgesteld. De kosten van een oproepsysteem zouden globaal genomen f 16.000,- bedragen exclusief de portokosten die huistandartsen zouden maken voor terugzending van de oproepkaarten.

3.3 Curatie

De curatieve functie wordt in Friesland sinds de liquidatie van de jeugdtandverzorging uitsluitend uitgeoefend door de huistandartsen, vanuit naar schatting zo'n 170 à 180 praktijken.

Ten opzichte van de landelijke normen zou daarbij gesproken kunnen worden van een klein tekort, maar in het algemeen worden geen lacunes ervaren. In de dun bevolkte gebieden speelt hier en daar de bereikbaarheid van de huistandarts een rol.

Een knelpunt vormt wel de curatieve zorg voor het buitengewoon onderwijs (LOM en ZMLK). Een relatief groot aantal leerlingen uit het buitengewoon onderwijs (na 1 aug. '85 speciaal onderwijs geheten) nam deel aan de georganiseerde JTV.

In één (van de toen 5 regio's) is in het probleem voorzien, omdat een voormalig dirigerend tandarts met behoud van de wachtgeldregeling (èn met steun van de plaatselijke tandartsen) spreekuur houdt voor deze groepering.

Voor de andere 4 regio's zijn contactpersonen van de NMT, afd. Friesland, bereid gevonden als 'bemiddelaar' op te treden wanneer geen huistandarts gevonden kon worden.

Huns inziens zou het geen probleem zijn deze kinderen bij een huistandarts in de regio onder te brengen. Hiertoe is een folder (met namen/telefoonnummers van contactpersonen) voor de betrokken scholen/ouder(s) samengesteld.

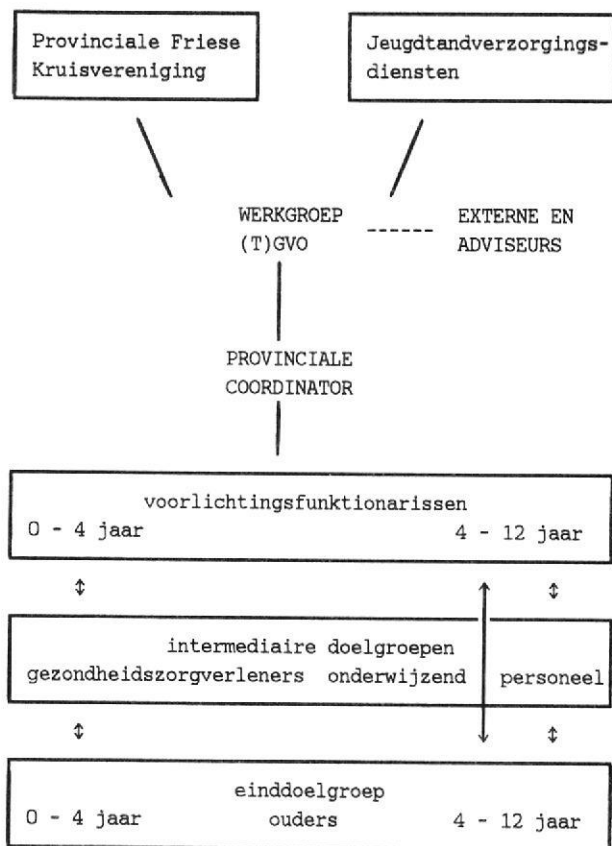
Tot dusverre zijn er geen problemen gesignaleerd bij bovengenoemde aanpak.

3.4 TGVO

Met het wegvallen van de jeugdtandverzorgingsdiensten in Friesland is ook een eind gekomen aan het TGVO-project Friesland dat

van 1972 tot 1985 is uitgevoerd. De structuur van het TGVO-project zoals dat functioneerde wordt in schema 3.2 weergegeven.

Schema 3.2 Structuur TGVO-project



Uit: Het (T)GVO-project van begin tot eind van eind tot nieuw begin) (1985)

Het TGVO-project is uitvoerig geëvalueerd, zowel vanuit tandheelkundig epidemiologisch als vanuit gedragswetenschappelijk gezichtspunt.

Het doel, 'een rem aanbrengen op de toename van het tandbederf', is - zo blijkt uit de studies - meer dan bereikt. Er is zelfs

sprake van een aanmerkelijke verbetering. In 'Het TGVO-project van begin tot eind, van eind tot nieuw begin...?' (1985) wordt naast bovenstaande ook opgemerkt dat het moeilijk is de bijdrage aan de verbetering van de gebitten nauwkeurig te kunnen vaststellen; ook elders in Nederland zijn de gebitten verbeterd. De ontwikkelingen in Friesland lopen ongeveer parallel aan die in de rest van het land. Wel valt op dat de resultaten in 1982 in NO-Friesland relatief gunstig afsteken bij die in de rest van het land.

De preventieve functie zoals die tot voor kort werd vervuld door de jeugdtandverzorgingsdiensten zou moeten worden overgenomen door de kruisvereniging met betrekking tot de 0-4 jarigen en de DGD'en voor wat betreft de 4-19 jarigen.

De PFK heeft vooral met het oog op de TGVO tot 1-1-1987 een speciale functionaris aangesteld. De taak van deze functionaris is onder meer:

- opstelling van een voorlichtingsplan met betrekking tot de 4 beroepsgroepen, te weten tandartsen, wijkverpleegkundigen, consultatie-bureau-artsen en de peuterspeelzaalleidsters te stimuleren (t)gvo in hun normale werkzaamheden in te passen en te zorgen voor deskundigheidsbevordering op het gebied van de gebitsgezondheid. De ondersteuning naar de peuterspeelzalen en de tandartsen zal per 1-1-'87 gestopt worden.

De DGD'en besteden eveneens vrij veel aandacht aan TGVO-activiteiten. De vijf DGD'en hebben in totaal 5 à 6 formatieplaatsen aan GVO gerealiseerd, die deels zijn gerecruteerd uit het TGVO-project Friesland. In het algemeen is het echter de bedoeling dat deze GVO-functionarissen niet alleen TGVO-activiteiten ontwikkelen, maar ook algemene GVO-activiteiten.

Belangrijke activiteiten van deze functionarissen zijn onder meer:

- begeleiden van het fluoride spoelen op de scholen;

- voorlichting aan intermediairen, zoals leerkrachten en peuterspeelzaalleidsters.

De NMT noemt met name de individuele voorlichting aan de stoel als belangrijke activiteit. Dit omvat onder meer: voorlichting over het gebruik van fluoride, instructie mondhygiëne en voedingsvoorlichting. Met name de jongere generatie tandartsen geeft veel aandacht aan de voorlichting. De indruk bestaat dat de vraag naar voorlichting de laatste tijd meer en meer door de mensen zelf gesteld wordt, waarschijnlijk gestimuleerd door de reeds eerder genoemde TGVO-activiteiten en door de media.

Als knelpunten worden in het algemeen genoemd:

- het verdwijnen van een stukje uniformiteit in de voorlichting door het gebrek aan coördinatie (vroeger was dat gewaarborgd via de begeleidster van de TGVO-consulenten), onder meer door het feit dat TGVO-activiteiten nu door verschillende disciplines binnen hun normale werkzaamheden moeten worden uitgevoerd;
- er zou nog (veel) meer aan TGVO moeten gebeuren, met name mondhygiënist zouden daarbij een rol kunnen vervullen;
- de vraag om voorlichting komt in meerderheid van de groep sterk gemotiveerden, het bereiken van niet gemotiveerden blijft moeilijk.

3.5 Bevordering deelname

Het nut van een systeem om jeugdigen te stimuleren vanaf hun tweede of derde jaar voor controle naar de tandarts te gaan is niet omstreden. Veeleer is de vraag vanuit welke organisatie en op welke wijze de stimulering gestalte dient te krijgen.

De basisgezondheidsdiensten zetten duidelijke vraagtekens bij een mogelijke rol hierbij. Strikt genomen zou de basisgezondheidsdienst dan functioneren als een soort administratief ver-

lengstuk van de huistandartsen. Ook voor andere voorzieningen bijvoorbeeld de huisarts wordt een dergelijke rol niet geëmbieerd.

De NMT heeft de indruk dat momenteel praktisch iedereen is ingeschreven bij een huistandarts, hooguit zou het om enkele procenten kunnen gaan die nu nog worden gemist. Toch kan een oproepsysteem naar de mening van de NMT Friesland zeker nut hebben en zullen de tandartsen daar medewerking aan willen verlenen.

Afgewacht worden de resultaten van een systeem dat is opgezet om de deelnemers van de geliquideerde stichtingen JTZ extra te stimuleren naar de huistandarts te gaan.

In dit nazorgsysteem werd erin voorzien dat bij een centraal administratief punt bekend is wie zich vanuit de JTZ hebben gemeld bij de huistandartsen. Uit voorlopige cijfers blijkt dat dit slechts ongeveer 60% is. Onduidelijk is echter of dit lage percentage wordt veroorzaakt omdat een groot deel van de jeugdigen zich niet heeft gemeld bij een tandarts of dat een aantal kaarten niet is geretourneerd.

Vanuit de PFK worden in de eerste plaats genoemd de activiteiten zoals die plaats hebben op de consultatiebureaus. Ouders met kinderen vanaf ongeveer 2 à 3 jaar worden gestimuleerd met het kind naar de huistandarts te gaan.

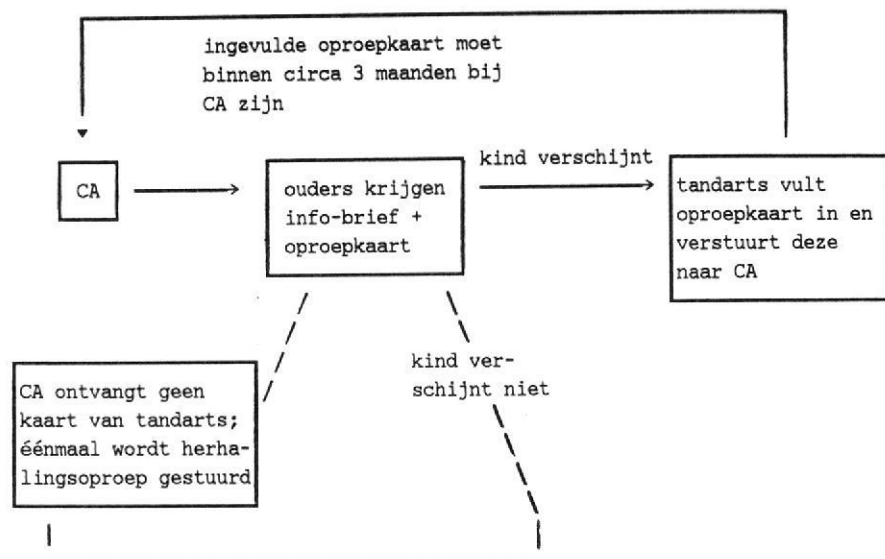
Daarnaast werden de activiteiten genoemd die zijn uitgevoerd in een proefproject 'Een gave tand in peuterland' in de gemeente Smallingerland. Dit project waarvan de doelstelling uit de titel duidelijk is, werd algemeen ervaren als goed werkend.

Momenteel wordt erover gedacht een oproepsysteem op te zetten gekoppeld aan het geautomatiseerde adressenbestand van de ent-administratie. Voorwaarde voor de kruisvereniging is echter dat de kosten volledig door externe financiering worden gedekt.

In een notitie d.d. 14-4-1986 van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Friesland wordt het volgende oproepsysteem voorgesteld:

- de centrale administratie wordt ondergebracht bij de PFK;
- via het geautomatiseerde adressenbestand van de entadministratie van de kruisvereniging worden de namen en adressen van 3-jarigen geselecteerd en afgedrukt op etiketten;
N.B. toestemming van alle gemeenten om gegevens van entadministratie voor dit doel te gebruiken is noodzakelijk.
- met behulp van plaketiketten worden informatiebrieven en oproepkaarten aan de ouders/verzorgers van deze peuters verzonden vanuit de centrale administratie (CA);
- de ouders/verzorgers nemen de oproepkaart mee naar de tandarts. De tandarts-assistente maakt een afspraak met betrokkene, vult op de oproepkaart in dat kind verschenen is en stuurt deze terug naar de CA;
- de CA houdt met behulp van de teruggestuurde oproepkaarten een lijst bij welke kinderen naar een tandarts zijn gegaan;
- reageert men niet op de 1e oproepkaart, dan wordt door de CA na circa 3 maanden een herhalingsoproep gestuurd.
(Wanneer ouders/verzorgers niet op 2e oproep reageren dan stopt de zaak).

Schematisch is voorgesteld oproepsysteem als volgt weer te geven:



De kosten van dit oproepsysteem zijn globaal begroot op 16.000 gulden, exclusief de kosten voor terugzending van de oproepkaarten door de huistandartsen aan de CA.

Het oproepsysteem is echter nog niet operationeel, een aantal zaken naast de financiering dient nog te worden geregeld, te weten:

- wie heeft de verantwoordelijkheid (gedacht wordt aan het instellen van een begeleidingscommissie);
- medewerkings(bereidheid) van de huistandartsen is onbekend;
- overeenstemming dient te worden bereikt over de leeftijd waarop de kinderen worden opgeroepen, 2½ of 3 jaar;
- onderbrenging van de administratieve kracht bij de PFK.

Primair lijkt echter dat er duidelijkheid dient te komen over de financiering van het oproepsysteem, i.c. de benodigde f 16.000,-.

3.6 Epidemiologie

Behoudens een onderzoekje door de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD Noord naar het tandartsbezoek voor en na liquidatie van de stichtingen JTZ, voert geen van de participanten aan het georganiseerd verband momenteel epidemiologisch onderzoek uit op het terrein van de tandheelkunde. Het kruiswerk en de afdeling Friesland van de NMT hebben evenmin plannen om op dit terrein initiatieven te ontplooien. Eerder ziet men die rol weggelegd voor de basisgezondheidsdiensten in Friesland.

Probleem voor realisatie van de functie epidemiologie voor de basisgezondheidsdiensten vormt echter het ontbreken van personeel, in concreto registratie-deskundigen en/of epidemiologen. De mogelijkheid om de epidemioloog die door WVC voor de drie noordelijke provincies is benoemd daarvoor in te zetten is minimaal. Wel hoopt men over enkele maanden een registratiedeskundige aan te kunnen trekken.

Evidente vragen die vanuit de epidemiologie zouden moeten zijn te beantwoorden zijn:

- wat is het effect op de gebitstoestand van de jeugd van de liquidatie van de stichtingen JTZ (het ontbreken van een nulmeting maakt een dergelijk onderzoek echter al praktisch onmogelijk)?
- wat is het bereik van de JTZ?
- zijn er groepen te identificeren die niet of minder goed worden bereikt?

3.7 Mondhygiënist

De basisgezondheidsdiensten hebben nog geen van allen een mondhygiënist in dienst, wel heeft men met interesse kennis genomen van de situatie in Zeeland. Knelpunten om eventueel op basis van

de nieuwe subsidieregelingen JGZ mondhygiënisten aan te trekken voorziet men niet op inhoudelijk - tandheelkundig - terrein.

Er liggen mogelijkheden voldoende om activiteiten te ontplooiën in samenwerking met onder meer de GVO-functionarissen die nu reeds bij de basisgezondheidsdiensten werkzaam zijn.

Onduidelijkheid is er echter in verband met de financiën. Als het zo mocht zijn dat de gemeenten een percentage in de kosten zouden moeten bijdragen dan kunnen zich daarbij wel problemen voordoen.

De directe noodzaak om een tandarts aan te trekken, eventueel op part-time basis, ziet men niet.

Het kruiswerk heeft geen mondhygiënist in dienst en heeft daar ook geen plannen voor.

De NMT schat dat er in ongeveer tien huistandartspraktijken mondhygiënisten werkzaam zijn, dit wordt als vrij weinig gekwalificeerd. Over het functioneren van de mondhygiënisten is bij de NMT afdeling Friesland geen informatie beschikbaar.

3.8 Toekomstvisie

In de notitie van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland (2 mei 1986) wordt reeds opgemerkt: "Omdat het voorlopig onzeker is welke vorm een georganiseerd verband in de toekomst zal hebben, kan de huidige commissie jeugdtandverzorging als een voorlopig georganiseerd verband worden opgevat. Om deze reden heeft het bestuur van de raad gesteld dat de werkzaamheden van de commissie na twee jaar geëvalueerd worden om te bekijken of deze commissie als georganiseerd verband op langere termijn noodzakelijk blijft".

Vanuit de basisgezondheidsdiensten wordt opgemerkt dat bij de evaluatie van de commissie jeugdtandzorg de mogelijkheden voor realisatie van een georganiseerd verband op regionaal niveau een

rol zullen spelen. Hierbij speelt op de achtergrond de overgang van de huidige situatie waarbij in Friesland 5 basisgezondheidsdiensten functioneren naar een nieuwe situatie waarbij er drie basisgezondheidsdiensten zullen bestaan. Binnen elk van die drie regio's moet het mogelijk zijn een georganiseerd verband JTZ tot stand te brengen. Daarbij wordt gedacht aan een werkgroep-achtige opzet, waarbij de toekomstig aan te stellen mondhygiënisten voor de ondersteuning zullen zorgen. Directe kosten zijn er niet of nauwelijks te verwachten met uitzondering van personele kosten.

Primair is het naar de mening van de basisgezondheidsdiensten van belang inzicht te krijgen in het percentage jeugdigen dat momenteel nog niet worden bereikt en de kenmerken van die groep. Op basis daarvan kunnen verdere beslissingen worden genomen met betrekking tot een stimuleringssysteem. Wat doe je bijvoorbeeld als blijkt dat minder dan 5% van de jeugdigen niet wordt bereikt? Is het de moeite waard voor dat lage percentage een heel systeem op te zetten, en bereik je daarmee juist die groep?

Hoofdmotief van de basisgezondheidsdiensten om op regionaal niveau gestalte te geven aan een georganiseerd verband JTZ is met name de realisatie van regionale coördinatie en afstemming. Interregionaal verkeer is er toch nauwelijks, dus is het ook niet zo noodzakelijk daar afstemming tussen tot stand te brengen.

Vanuit de PFK wordt opgemerkt dat de huidige situatie, dus als commissie van de PR wel goed voldoet. Een eventuele overgang naar een meer regionale opzet zou wel mogelijk zijn - ook het kruiswerk gaat in de toekomst in drie regio's werken in Friesland.

4. ZEELAND

4.1 Inleiding

Het georganiseerd verband Zeeland dateert van september 1985. Twee belangrijke factoren hebben een rol gespeeld bij de totstandkoming ervan.

In de eerste plaats de opheffing van de diensten JTZ, veroorzaakt door:

- een terugloop van het aantal deelnemende kinderen en
- een stijging van de kosten per kind.

In de tweede plaats de oprichting van een basisgezondheidsdienst, de DGD Zeeland, per september 1984. Deze beide factoren, gevoegd bij de wens van zowel de Provinciale Raad Volksgezondheid Zeeland als het Ministerie van WVC om de meerwaardefuncties (TGVO, stimulering deelname en epidemiologie) te behouden en verder tot ontwikkeling te brengen, vormden de belangrijkste redenen om in Zeeland te komen tot een georganiseerd verband Jeugdtandzorg opgezet vanuit de DGD Zeeland.

Op basis van de beleidsnotitie van de DGD 'Collectieve meerwaardefuncties van de jeugdtandzorg in Zeeland' (zie bijlage 1) die werd ondersteund door de NMT afdeling Zeeland, de Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis, de ziektekostenverzekeraars en de jeugdartsen, stelde het Ministerie van WVC op experimentele basis middelen beschikbaar voor de aanstelling van een mondhygiënist bij de DGD. Dit ter ondersteuning en ontwikkeling van het georganiseerd verband.

In schema 4.1 worden de kerngegevens van het georganiseerd verband Zeeland weergegeven.

Schema 4.1 Kerngegevens van het georganiseerd verband Zeeland

Naamaanduiding: Georganiseerd verband Zeeland (GV Zeeland)

Bestuurlijke afgrenzing: Provincie Zeeland

Aantal inwoners (1-1-1986): 355.781

Aantal jeugdigen per jaargroep (1-1-1986):

(bron: CBS)

0	4396	6	4345	12	5203
1	4341	7	4527	13	5483
2	4246	8	4380	14	5895
3	4473	9	4630	15	6050
4	4503	10	4650	16	6394
5	4570	11	4841	17	5957
				18	5836

totaal 94720

% deelnemers JTZ: Op basis van een globale berekening door de adviserend tandarts voor Zeeland, kan het percentage jeugdige verzekerden (3-19 jaar) dat is gesaneerd worden geschat op:

Walcheren, Noord- en Zuid Beveland ± 88%

Schouwen-Duiveland ± 75%

Bestuursvorm: Nog niet uitgewerkt; de mondhygiënist is in dienst van de DGD Zeeland.

Participanten: Genoemd worden als potentiële participanten

- NMT afdeling Zeeland;
- PVHZK (Zeeuwse Kruis);
- DGD - JGZ;
- GVO;
- Ziektekostenverzekeraars;
- Leerkrachten;
- Ouders.

Startdatum: September 1985

Vergaderfrequentie: NVT

Momenteel wordt er nog uitsluitend in werkgroep- en projectgroepverband overlegd.

Bijzonderheden: Bij het GV Zeeland is op experimentele basis door WVC een mondhygiënist geplaatst.

4.2 Het model Zeeland

Het model Zeeland zoals dat de diverse potentiële participanten voor ogen staat wordt weergegeven in schema 4.2.

Gezien de nog zeer recente start van het georganiseerde verband is de samenwerking nog niet geformaliseerd. Wel zijn er intensieve wederzijdse (bilaterale) contacten, waarbij de DGD een spilfunctie vervult. Via de NMT is een tandarts afgevaardigd om de DGD te kunnen adviseren.

Prioriteit is er in Zeeland aan gegeven om via activiteiten van werkgroepen JTZ-aspecten tot ontwikkeling te brengen. Het betreft werkgroepen die zich bezighouden met de volgende onderwerpen/projecten:

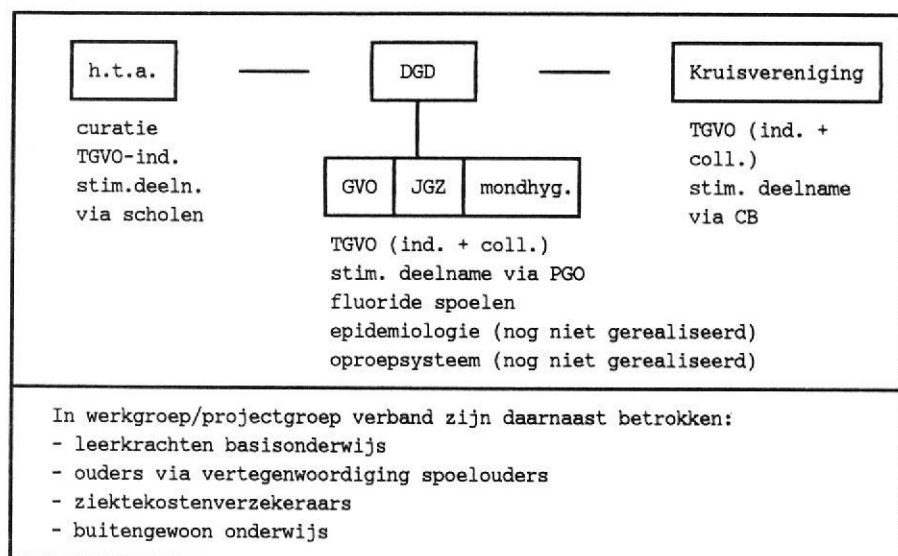
- project fluoride spoelen;
- TGVO in het basisonderwijs, integratie van TGVO in het schoolwerkplan;
- buitengewoon onderwijs;
- JTZ en jeugdgezondheidszorg.

De samenstelling van de werkgroepen varieert per onderwerp, waarbij telkens de meest betrokken partijen participeren.

De mondhygiënist vervult in deze werkgroepen doorgaans een coördinerende en stimulerende rol.

De filosofie achter deze aanpak is dat het beter is vanuit een aantal praktische zaken geleidelijk te komen tot een intensivering van de samenwerking. Een van de participanten refereerde hiernaar als het 'olievlek-model'.

Schema 4.2 Het model Zeeland



- Personele inzet en kosten -

De globale personele inzet voor de Jeugdtandzorg omvat:

100 huistandartsen

10 mondhygiënisten meerendeels werkzaam op part-time basis in de tandartspraktijken

.9 mondhygiënist werkzaam vanuit de DGD.

Voor de overige betrokkenen bij de Jeugdtandzorg zoals jeugdartsen, CB-artsen en verpleegkundigen, leerkrachten geldt dat TGVO en stimulering deelname onlosmakelijk deel uitmaken van het totale functioneren. Een percentage van de activiteiten bestempelen als jeugdtandzorgactiviteit zou onrecht doen aan het integrale karakter van het werk.

De taken epidemiologie en oproepsysteem worden (nog) niet uitgevoerd in Zeeland.

Wat betreft de kosten zijn alleen bekend de kosten van de mondhygiënist die aan de DGD is verbonden.

Deze kosten bedragen ± f 67.500,- inclusief een vast overhead percentage van $33\frac{1}{3}\%$ over de personeelskosten (op basis van 0,9 functieplaats).

De overige kosten zijn evenmin als de personele inzet te isoleren uit het totale functioneren.

4.3 Curatie

Met het opheffen van de diensten JTZ zijn de huistandartsen de enigen die de curatieve functie uitvoeren, naast uiteraard de specialistische voorzieningen. In Zeeland zijn naar schatting momenteel 100 tandartspraktijken; echte knelpunten doen zich naar de mening van de afdeling van de NMT in Zeeland in de normale zorgverlening niet voor.

Aparte aandacht dient wel gegeven te worden aan de zorg voor speciale risicogroepen zoals lichamelijk en geestelijk gehandicapten. Enerzijds speelt de bereikbaarheid hierbij een rol, bijvoorbeeld voor mensen in een rolstoel, anderzijds het vaak grote tijdsbeslag per consult. De afdeling Zeeland heeft actief gezocht naar parterre-praktijken om deels in deze problemen te voorzien. Ook is nog met de gedachte gespeeld een aparte dienst JTZ op te richten specifiek voor dergelijke risicogroepen. Hierover bestaan echter momenteel nog geen concrete ideeën.

De DGD en het Kruiswerk vervullen geen curatieve functies op het terrein van de tandheelkunde.

4.4 TGVO

Vanuit de DGD wordt aan twee hoofdlijnen van TGVO-activiteiten vorm gegeven, te weten:

- a. Scholenbezoek door de mondhygiënist gedurende een dagdeel per jaar aan alle basisscholen en scholen voor buitengewoon onderwijs. Onderdelen hiervan zijn, poetsinstructie met plaque kleuring, fluoridegebruik, voedingsgewoonten, tandartsbezoek etc.
- b. Nascholing en bijscholing van intermediairen, waaronder: wijkverpleegkundigen, schoolartsen, huistandartsen, leerkrachten. Belangrijk zijn hierbij de behoefte aan ondersteuningsmateriaal en de afstemming van de TGVO-activiteiten.

Naast bovengenoemde activiteiten wordt er door een projectgroep gewerkt aan de ontwikkeling van een lesprogramma voor de basisschool.

De in de DGD aanwezige mondhygiënist vindt in deze TGVO-activiteiten het zwaartepunt van haar werkzaamheden.

De afdeling Zeeland van de NMT meldt uitvoering van TGVO-activiteiten met name bij het individuele consult aan de stoel. uitvoering vindt plaats overeenkomstig het gestelde onder preventief consult in het vademecum tandheelkunde. Daarnaast is vanuit de afdeling een coördinerend tandarts afgevaardigd naar de DGD die als taak heeft:

- inhoudelijke supervisie op de ontwikkeling van het lespakket;
- begeleiding van de mondhygiënist;
- voorlichting op ouderavonden;
- instructie/nascholing intermediairen;
- relaties onderhouden met de huistandartsen;
- structureren van de samenwerking huistandarts en mondhygiënist in het buitengewoon onderwijs.

De Provinciale Vereniging Het Zeeuwse Kruis noemt ook TGVO als een belangrijke activiteit. Bij het CB-werk is dit echter niet

los te zien van de andere voorlichtingsactiviteiten zoals onder meer de voedingsvoorlichting. Zonodig wordt ondersteuning gekregen van de huistandartsen bij nascholings-activiteiten en dergelijke.

De ontwikkeling van aparte TGVO heeft bij het Zeeuwse Kruis zeker geen prioriteit. Wel wordt signaleerd dat de voorlichting vaak slecht op elkaar is afgestemd, zelfs vaak inhoudelijk, zodat er tegenstrijdige adviezen worden gegeven. Dit geldt bijvoorbeeld ten aanzien van het fluoridegebruik.

4.5 Bevordering deelname

In de beleidsnotitie van de DGD 'collectieve meerwaardefuncties van de jeugdtandzorg in Zeeland', wordt over het oproepsysteem het volgende weergegeven: "Via het oproepsysteem van de provinciale entadministratie, is het mogelijk de ouder een eerste keer op te roepen om met zijn/haar kind de tandarts te bezoeken. Op deze oproep kan niet expliciet een tandarts vermeld worden, dit zou de vrije artskenkeuze in het geding brengen. Wel is het mogelijk, bijvoorbeeld via de registratie van het ziekenfonds, de respons op dit oproepsysteem te meten. Een rappel is op dit moment niet aan de orde maar zou op basis van de gegevens van de respons in relatie tot de, via epidemiologische analyse onderkende risicogroepen, gericht plaatsvinden".

Tijdens het interview met de DGD kwam echter naar voren dat aan deze functie nog geen uitvoering wordt gegeven. De belangrijkste overweging hierbij is dat de indruk bestaat dat het percentage gesaneerden vrij hoog is, waarschijnlijk rond 90%. Ook op de scholen voor speciaal onderwijs is het percentage gesaneerden vergelijkbaar hoog. De opzet van een oproepsysteem gericht op de totale jeugdige populatie wordt gezien als: "het schieten met een kanon op een mug". Uiteraard moet worden gestreefd naar

100%, maar niet ten koste van aanzienlijke middelen, een deel zal in de praktijk toch onbereikbaar blijken te zijn.

Voor de opvang van de jeugdigen die niet naar de huistandarts gaan, wordt overwogen om de jeugdartsen bij het periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) of het kind regelmatig de tandarts bezoekt. In werkgroepverband wordt een en ander momenteel nader uitgewerkt.

Ook vanuit de NMT afdeling Zeeland wordt gesteld momenteel weinig behoefte te hebben aan een uitgebreid oproepsysteem.

Eveneens met als reden dat de deelname al vrij hoog is. Wel bestaat er een plan om elke tandarts een of meer scholen in zijn of haar buurt te laten adopteren. Het doel bij die adoptie is dat de tandarts zonodig kan adviseren met betrekking tot de tandverzorging en leerlingen die niet naar de tandarts gaan kan verwijzen naar een (willekeurige) tandarts.

Bij het kruiswerk (CB's voor zuigelingen en peuters) is geen oproepsysteem specifiek met betrekking tot de jeugdtandzorg. Ouders wordt echter voortdurend geadviseerd met kinderen vanaf 2 à 3 jaar naar de tandarts te gaan. De indruk vanuit de CB's is dat met name moeders die zelf een slecht gebit hebben niet of heel moeilijk te motiveren zijn met hun kind naar de tandarts te gaan.

4.6 Epidemiologie

Als doelen van de verzameling en analyse van gegevens van de gebitstoestanden van de jeugdigen worden in de beleidsnotitie genoemd:

1. vroegtijdige signalering van veranderingen in de gebitstoestand, bijvoorbeeld door het fluoridegebruik;
2. opsporing van risicogroepen, ten aanzien waarvan vervolgens een actief beleid gevoerd kan worden;

3. uitvoering van effectanalyses, bijvoorbeeld met betrekking tot het wel of niet deelnemen van scholen aan klassikaal fluoridespoelen.

Tot nu toe is er in Zeeland echter nog geen epidemiologisch onderzoek van de grond gekomen over de jeugdtandzorg.

In werkgroepverband wordt nagegaan welke rol de jeugdartsen eventueel zouden kunnen spelen bij de gegevensverzameling. Bijvoorbeeld de bepaling van een DMF getal om na te gaan of men al dan niet naar de tandarts gaat.

Naast deze mogelijkheid voor dataverzameling, ontbreekt het de DGD aan voldoende personeel om de epidemiologische functie verder gestalte te geven. Volgens de stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten zou de DGD Zeeland 1,8 formatieplaats registratie deskundige en 0,6 formatieplaats epidemioloog in dienst krijgen. Bij het beschikbaar komen van deze plaatsen zijn er duidelijk wel mogelijkheden.

De NMT ziet wat betreft de epidemiologie met name een functie weggelegd voor de DGD. De ontwikkeling van de epidemiologische functie heeft echter bij de NMT geen prioriteit. Duidelijk bezwaar heeft men ten aanzien van de mogelijke bemoeïenis van jeugdartsen met de tandzorg. Sterk wordt betwijfeld of de jeugdarts voldoende kan worden geëquipeerd om de tandheelkundige gezondheidstoestand van het gebit te kunnen beoordelen. Het is bij een inspectie van de mond namelijk niet alleen zaak om eventueel cariës op te sporen, maar ook mogelijke gebitsafwijkingen en een slechte mondhygiëne te signaleren, om vervolgens door te verwijzen.

Ook het kruiswerk ziet wat betreft de tandheelkundige epidemiologie met name een taak weggelegd voor de DGD.

4.7 Mondhygiënist

In Zeeland is op experimentele basis met een subsidie van WVC een mondhygiënist geplaatst, met name met als doel inhoud te geven aan de meerwaardefuncties. Werkzaamheden waarbij de mondhygiënist in concreto wordt ingezet of gaat worden ingezet zijn:

a. TGVO

- participeren in projectgroep die een lesprogramma voor de basisscholen voorbereid
- jaarlijks bezoek aan alle basisscholen en scholen voor buitengewoon onderwijs
- organiseren na- en bijscholing intermediairen.

b. organisatie van het klassikaal fluoride-spoelen.

c. meewerken aan epidemiologie en informatieverwerking.

d. opzetten van een oproepsysteem.

De mondhygiënist die geplaatst is bij de DGD vormt als het ware een centraal aanspreekpunt voor de colectieve preventie op het terrein van de tandheelkunde.

Er wordt naar gestreefd niet alleen uitvoerende taken door de mondhygiënist uit te laten voeren, maar ook meer beleidsmatige taken. Met name de ontwikkeling van die beleidsmatige taken vraagt de nodige aandacht.

Ten aanzien van de mondhygiënist deelt de afdeling Zeeland van de NMT de mening van de landelijke organisatie, namelijk dat feitelijk een personele bezetting op het niveau van een tandarts in een DGD noodzakelijk is om nu en in de toekomst gestalte te kunnen geven aan de meerwaardefuncties. Bovendien dient naar de mening van de NMT de mondhygiënist te werken onder toezicht van een tandarts.

De constructie die gevonden is als voorlopige oplossing is de plaatsing namens de NMT van een coördinerend tandarts bij de DGD, momenteel betreft dit echter een vrijwilliger die die functie kostenloos vervuld.

Het aantal mondhygiënisten werkzaam in de provincie Zeeland, verbonden aan huistandarts-praktijken is nog zeer gering. Naar mededeling van de afdeling Zeeland, minder dan tien, zie bovendien part-time functioneren.

4.8 Toekomstvisie

De algemene visie in Zeeland met betrekking tot het georganiseerd verband is dat projectsgewijs nader gewerkt moet worden aan een verdere invulling van de meerwaardefuncties. Samenwerking komt daarmee zo concreet mogelijk van de grond. Overigens is men daarnaast wel de mening toegedaan dat een zekere mate van formalisering van de samenwerking gewenst is, juist als een soort vangnet voor het geval er zich vragen of problemen zouden voordoen. Concrete ideeën waren er echter nog niet ten aanzien van dit punt; de voorkeur leek echter unaniem uit te gaan naar een vrij lichte vorm van samenwerking.

5. VEENENDAAL

5.1. Inleiding

De jeugdtandzorg in Veenendaal is een project van de gemeente, dat in samenwerking met alle huistandartsen (in totaal 12) wordt uitgevoerd. Het doel van het project, zoals omschreven in brochures en notities, luidt: 'ieder Veenendaals kind tot en met 12 jaar elk half jaar naar de - eigen - tandarts en minstens één keer per half jaar voorlichting op school over gebitverzorging en mondhygiëne'. Men beperkt zich strikt tot het grondgebied van de gemeente (± 45.000 inwoners). In feite heeft het project betrekking op de leeftijdsgroep van 3 t/m 12 jaar (± 7200 kinderen). Hiervan neemt ruim 80% aan het project deel.

De huidige opzet van de jeugdtandzorg in Veenendaal dateert van najaar 1980. Daarvóór was er een verwijzingssysteem waarbij een controlerend jeugdtandarts de scholen bezocht. Als nadelen golden toen enerzijds de geringe continuïteit vanwege wisselingen van jeugdtandartsen, anderzijds de klacht van de huistandartsen dat zij 'hun' kinderen soms jaren niet zagen en alleen met hen werden geconfronteerd wanneer zij behandeling nodig hadden. Eind jaren zeventig viel een drietal omstandigheden samen: er deed zich opnieuw een wisseling van jeugdtandarts voor, de dentalcar was aan vernieuwing toe zodat er een forse investering moest worden gedaan en de drinkwaterfluoridering werd door de gemeenteraad afgewezen waardoor het gemeentebestuur voor de taak stond alternatieven met betrekking tot de preventie van tandbederf bij de jeugd te ontwikkelen. Hoewel vanuit de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde werd bepleit een apart centrum voor jeugdtandzorg op te zetten, koos de gemeente Veenendaal voor het huidige systeem, dat ontwikkeld was door gemeente en huistandartsen. De invoering vond vanaf 1980 geleidelijk plaats. In de presentatie naar de bevolking werd veel aandacht geschonken aan

het vrijwillige karakter van het systeem: niemand was verplicht tot deelname. Niettemin werd de opzet in het begin toch nog als betuttelend ervaren.

In schema 5.1 worden enkele kerngegevens over de jeugdtandzorg in Veenendaal weergegeven.

Schema 5.1 Kerngegevens van het georganiseerd verband Veenendaal

Naamaanduiding: Georganiseerd verband Veenendaal

Bestuurlijke afgrenzing: Gemeente Veenendaal

Aantal inwoners (1-1-1986): 44.866

Aantal jeugdigen per jaargroep (1-1-1986):

(bron: CBS)

0	693	6	698	12	749
1	776	7	688	13	790
2	726	8	657	14	784
3	740	9	713	15	799
4	788	10	738	16	808
5	757	11	666	17	752
				18	690

totaal 14.012

% deelnemers JTZ: ± 7200 kinderen van de leeftijdsgroep 3 t/m 12 jaar; ruim 80% wordt bereikt.

Bestuurvorm: Overleg binnen stuurgroep en periodiek contact tussen gemeente en huistandartsen; politieke verantwoordelijkheid bij gemeentebestuur.

Participanten: Gemeente en huistandartsen; binnen stuurgroep vertegenwoordigd: gemeentebestuur, huistandartsen, huisartsen, schoolartsendienst, peuterspeelzalen, gemeenteraad, mondhygiënisten, afdelingen bevolking en voorlichting van gemeente; kruiswerk trok zich uit stuurgroep terug.

Startdatum: 1980

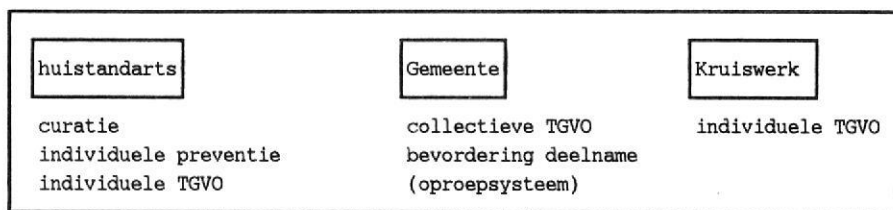
Vergaderfrequentie: Overleg tussen gemeente en huistandartsen periodiek; de stuurgroep kwam sinds ruim één jaar niet meer bijeen.

Doel: Ieder Veenendaals kind tot en met 12 jaar elk half jaar naar de - eigen - tandarts en minstens één keer per halfjaar voorlichting op school over gebitverzorging en mondhygiëne.

5.2 Het model Veenendaal

De werkwijze van het systeem van jeugd tandverzorging in Veenendaal is in schema 5.2 samengevat.

Schema 5.2 Model Veenendaal



Het samenwerkingsverband tussen gemeente en huistandartsen (in het vervolg te noemen: tandartsen) voorziet in een taakverdeling waarbij de administratieve zorg (het oproepsysteem en het beheer van informatie) alsook de collectieve preventieve zorg in handen zijn van de gemeente en de curatieve en de individuele preventieve zorg tot de verantwoordelijkheid van de tandartsen behoren. Overleg vindt binnen dit model op twee manieren plaats:

- a. in de stuurgroep. Deze zorgt voor de algemene begeleiding van het project. In de stuurgroep, die onder voorzitterschap staat van de wethouder van Volksgezondheid, bevinden zich (vertegenwoordigers van) tandartsen, huisartsen, schoolartsdienst, peuterspeelzalen, Het Groene Kruis, gemeenteraad, mondhygiënisten, orthodontist en de afdelingen bevolking en voorlichting van de gemeente. De laatste maal dat men bijeen kwam dateert van ruim een jaar geleden. Door gemeente en tandartsen wordt dit als teken beschouwd dat het project goed loopt (geen vergadering om een vergadering). Door de schoolartsdienst wordt naar voren gebracht dat deelname aan de stuurgroep hierdoor slechts een formeel-administratieve zaak

is geworden. Voor het kruiswerk was de lage vergaderfrequentie van de stuurgroep mede aanleiding zich uit de stuurgroep terug te trekken.

- b. in het periodiek overleg tussen gemeente en tandartsen. Dit overleg betreft de dagelijkse gang van zaken van de jeugd-tandzorg. Participanten zijn drie vertegenwoordigers van de tandartsen, de wethouder Volksgezondheid en enkele ambtenaren van de gemeente.

Formeel-juridisch is de samenwerking geregeld door middel van de bereidverklaring die de gemeente met iedere tandarts aangaat (zie bijlage 2). In deze bereidverklaring zijn de onderlinge taken nader uitgewerkt.

De financiering van de jeugd-tandzorg in Veenendaal vindt plaats in relatie tot de taakverdeling. Individuele preventie en curatie worden gefinancierd door ziekenfondsen, ziektenkostenverzekeraars en ouders van niet verzekerden. De collectieve preventie en de administratieve zorg zijn ten laste van de gemeente, die hiervoor drie ambtenaren in dienst heeft (ieder op basis van 5/10 werkweek). De begrotingspost voor de uitvoering van deze beide taken beliep in 1985 f 105.000,-. Dat is per deelnemend kind f 18,33 per jaar, per inwoner van de gemeente f 2,44. Driekwart van deze post betreft de collectieve preventie (voorlichting). Enkele administratieve posten, te weten die met betrekking tot een onderzoek naar het functioneren van het systeem, het secretariaat van de stuurgroep, de betrokkenheid van ambtenaren van de afdeling bevolking bij in- en uitstroom van jaar- klassen en de begeleiding, zijn in de begroting als p.m.-post opgenomen. De doorgevoerde bezuiniging ten opzichte van 1984 bedroeg ruim f 13.000,-.

Met deze wijze van financiering is het gemeentebestuur niet tevreden. De bijdrage van de tandartsen voor het in stand houden van het administratieve systeem (die momenteel bestaat uit het

voor hun rekening nemen van de portokosten van de oproepen aan de kinderen) zou men groter willen laten zijn.

5.3 Curatie

In het model Veenendaal is de tandheelkundige behandeling volledig de taak van de tandartsen. Deze taak is omschreven in de al eerder genoemde bereidverklaring.

De belangrijkste onderdelen van deze verklaring zijn in dit verband:

- de tandartsen verklaren zich bereid alle in het kader van het project ingeschreven kinderen tussen 0 en 12 jaar - van wie de ouders/verzorgers tot hun praktijk behoren en die opgenomen zijn in het bevolkingsregister van de gemeente - tandheelkundig te verzorgen; dit geldt ongeacht de verzekeringsvorm van de ouders/verzorgers (art. 2);
- deze tandheelkundige verzorging omvat het halfjaarlijks onderzoek, controle op mondhygiëne (eventueel poetsinstructie en fluoride-applicatie), controle op orthodontische afwijkingen en behandeling van zowel het melk- als het blijvend gebit (art. 3);
- de tandartsen behandelen de kinderen alleen wanneer zij door de gemeente zijn opgeroepen (behoudens gevallen van tussentijdse klachten) en streven er naar eventuele behandeling binnen 4 maanden te doen plaatsvinden (art. 4 en 5);
- de tandartsen verplichten zich de zgn. moederkaarten (waarop informatie vermeld kan worden over eventuele nieuwe afspraken, mutaties in woonadres en gedane verrichtingen) in te vullen zodat de gemeente in staat is een statistisch overzicht samen te stellen (art. 7).

De financiering van de behandelingen vindt via de gebruikelijke kanalen (declaraties op verrichtingenbasis door de tandartsen bij ziekenfondsen en rekeningen aan particulier verzekerden) plaats. Ten aanzien van risicogroepen (gehandicapte kinderen, kinderen van etnische minderheden) zijn met het oog op behandeling geen speciale voorzieningen getroffen. Wel is het zo dat incidenteel gehandicapten door de voorlichtsters naar de tandarts worden gebracht. Naar de mening van tandartsen en gemeente doen zich op dit punt verder geen problemen voor; genoemde groepen zijn in de diverse praktijken opgenomen.

Overigens wordt wel een knelpunt ervaren in de relatie met de schoolartsen die binnen de gemeente Veenendaal werkzaam zijn. Deze laatsten onderzoeken tijdens hun periodiek geneeskundige onderzoeken bij de kinderen ook de gebitten. Naar de mening van de tandartsen doen zij dit veelal te vluchtig en komen zij soms tot adviezen aan ouders/verzorgers die niet stroken met de adviezen van de tandarts zelf.

Soms wordt ook wel als probleem ervaren het feit dat binnen dit systeem alle tandartsen zelf kinderen dienen te behandelen. Niet iedere tandarts, zo wordt opgemerkt, bezit de specifieke deskundigheid wat betreft de omgang met kinderen, die hiervoor nodig is. Deskundigheidsbevordering wordt op dit punt soms wel gewenst.

Verwerking van de verrichtingengegevens en het samenstellen van statistieken vinden in Veenendaal niet plaats. De reden hiervan is, aldus de gemeente, dat de noodzaak hiertoe tot dusver niet is gebleken. De gemeente is tot het maken van statistieken wel bereid.

5.4 TGVO

Zoals eerder opgemerkt behoort het verzorgen van individuele TGVO in het Veenendaalse model tot de taak van de tandartsen. Zij bestaat voornamelijk uit het geven van poetsinstructie en fluoride-applicatie tijdens de halfjaarlijkse bezoeken.

De collectieve TGVO is in handen van de gemeente, die ten behoeve van de uitvoering van deze taak twee voorlichtsters (ieder voor 5/10 weektaak) in dienst heeft. De werkzaamheden van deze laatsten zijn vooral gericht op het onderwijs. Jaarlijks wordt in alle klassen van de Veenendaalse basisscholen een les verzorgd rond de thema's gebitsverzorging, de invloed van voeding op de gebitstoestand en het tandartsbezoek.

Bij het geven van de voorlichtingslessen wordt volop gebruik gemaakt van informatiemateriaal. In de onderbouw van de basisscholen (kleuters) worden ook ouders/verzorgers bij de voorlichting betrokken. Naast het systematisch bezoeken van klassen wordt ook op andere wijze inhoud gegeven aan de TGVO, bijvoorbeeld door het verzorgen van voordrachten tijdens ouderavonden en het bieden van aanvullende documentatie aan onderwijsgevend en in verband met verdere aandacht aan het onderwerp. Een documentatiemap met achtergrondinformatie, lessuggesties en werkbladen wordt verspreid.

Binnen de opzet van de voorlichting is voorzien in afzonderlijke bezoeken aan scholen of instellingen voor gehandicapte kinderen. Ook buitenlandse kinderen werden in het verleden als categorie benaderd doordat zij in aparte klassen waren ondergebracht. Sinds de invoering van de nieuwe Wet op het Basisonderwijs zijn zij samengevoegd met de overige kinderen en kan geen speciale aandacht meer naar hen uitgaan.

Ten aanzien van de TGVO is voorts nog het volgende van belang.

- Hoewel in verband met de tandzorg voor de zeer jonge kinderen (0-3 jarigen) de gemeente belang hecht aan overleg met en afstemming op de werkzaamheden van de plaatselijke kruisvereniging, is er in de praktijk van een systematisch contact geen sprake. Op de consultatiebureau's wordt aan tandzorg nauwelijks aandacht geschonken, zij vormt geen onderdeel van het programma van activiteiten. Wel is er foldermateriaal aanwezig, geleverd door de gemeentelijke voorlichtsters. De kruisvereniging zelf is met deze situatie niet ontevreden, de jeugdtandzorg vormt voor haar geen prioriteit. Men maakte in het verleden deel uit van de stuurgroep doch trok zich hieruit terug aangezien participatie weinig zinvol werd gevonden.
- Ook tussen gemeente en schoolartsdienst is geen systematisch contact met betrekking tot de jeugdtandzorg. De schoolartsen doen, als onderdeel van de GVO, ook aan TGVO. Participatie in de stuurgroep wordt, mede gezien de zeer lage frequentie waarin deze bijeenkomt, als een formaliteit gezien.
- Buiten Veenendaal wordt door de gemeente in verband met de TGVO contact onderhouden met zowel het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO als het Ivoren Kruis. Van deze laatste wordt informatiemateriaal betrokken. Ook wordt ten behoeve van het Ivoren Kruis voorlichtingsmateriaal uitgeprobeerd.

Weliswaar is naar de effecten van het TGVO-programma in Veenendaal tot dusver geen systematisch onderzoek verricht, door betrokken groeperingen (gemeente, tandartsen, onderwijsgevers) worden veel signalen ontvangen die erop duiden dat de gevolgde werkwijze sterk bewustmakend en preventief werkt. Een tweetal knelpunten wordt ervaren. In de eerste plaats kost het soms moeite de collectieve TGVO goed af te stemmen op de individuele. Een rol hierbij zou spelen dat de tandartsen niet altijd eensgezind zijn in hun mening over bepaalde aspecten van de tandzorg (bijvoorbeeld de betekenis van fluoridering). In de tweede

plaats worden de voor de TGVO beschikbare financiële middelen als te gering ervaren. Verruiming van de middelen zou de voorlichtsters o.a. in staat stellen in grotere mate dan nu het geval is zelf voorlichtingsmateriaal te maken. In verband met een zo goed mogelijke afstemming van de documentatie op de doelgroepen wordt dit laatste belangrijk gevonden.

5.5 Bevordering deelname

Weliswaar worden kinderen en ouders/verzorgers ook tijdens de behandeling zelf aangezet de tandarts te (blijven) bezoeken, in de praktijk is de stimulering van de deelname, vooral van groepen die uit zichzelf niet zo gemakkelijk de weg naar de tandarts vinden, mede een zaak van de gemeente. Administratief gezien is de procedure in Veenendaal als volgt.

1. Door B en W wordt aan de ouders/verzorgers van kinderen die de leeftijd van 3 jaar hebben bereikt een brief gezonden waarin het gehanteerde systeem van jeugdtandzorg beknopt uiteen wordt gezet en men verzocht wordt zich aan te melden.
2. Wanneer men niet reageert wordt een herinneringsbrief verzonden. Wanneer uit het toegestuurde antwoordformulier blijkt dat men al een tandarts heeft doch buiten Veenendaal, wordt schriftelijk medegedeeld dat het kind niet in het systeem wordt opgenomen. Zij die niet bij een tandarts staan ingeschreven wordt verzocht dit te doen. Hiertoe wordt een aantal tandartsen genoemd die bereid zijn nieuwe patiënten in hun praktijk op te nemen.
3. De gemeente stuurt voor ieder deelnemend kind een moederkaart en oproepkaart naar de betreffende tandarts. Deze vult datum en tijd van de eerste afspraak in en stuurt de kaart door naar de ouders/verzorgers. Bij niet verschijnen wordt de oproep éénmaal herhaald.

4. Nadat de behandeling is afgerond stuurt de tandarts de moederkaart terug naar de gemeente die de gegevens verwerkt. Aan het begin van het volgende half jaar volgt de moederkaart, tezamen met een nieuwe oproepkaart, dezelfde route weer naar de tandarts.
5. De gemeente controleert de voortgang van dit systeem. Wanneer een kind de leeftijd van 13 jaar heeft bereikt wordt de ouders/verzorgers medegedeeld dat het kind uit het systeem wordt verwijderd en men in het vervolg zelf voor de afspraken zorg dient te dragen.

Voor het bijhouden van het administratiesysteem heeft de gemeente één ambtenaar in dienst (5/10 weektaak). Daarnaast zijn, in verband met de levering van gegevens over in- en uitstroom van jaarklassen, ambtenaren van de afdeling bevolking bij het project betrokken.

De deelname van de 3-12 jarigen bedraagt ongeveer 80%. Deelnamepercentages van subgroepen (bijvoorbeeld naar school, wijk of etnische afkomst) zijn niet bekend. Het administratiesysteem zou een dergelijke uitsplitsing wel mogelijk maken doch de tijd hiervoor ontbreekt. Van de 20% kinderen die niet wordt bereikt bestaat een onbekend gedeelte uit kinderen die een tandarts buiten Veenendaal hebben of, omdat hun ouders/verzorgers het systeem van de jeugdtandzorg als te betuttelend ervaren, direct contact hebben met de eigen, Veenendaalse tandarts. Beide groepen blijven dus niet verstoken van tandheelkundige zorg.

Met betrekking tot de stimulering van de deelname van de zgn. risicogroepen (in Veenendaal gehandicapten en buitenlandse kinderen) kan worden opgemerkt dat deze met name plaatsvindt doordat er de mogelijkheid is dat gehandicapte kinderen (incidenteel) door de voorlichtsters naar de tandarts worden gebracht. Over het algemeen, zo kan worden geconcludeerd, zijn betrokken partijen tevreden over de wijze waarop de deelname aan de jeugd-

tandzorg wordt gestimuleerd. Behalve de al eerder gesignaleerde wens bij de gemeente dat de tandartsen een groter deel van de kosten van het administratieve systeem voor hun rekening zouden nemen, leven er bij de betrokkenen nog twee andere wensen. In de eerste plaats zou men het deelnamepercentage nog hoger willen zien; in de tweede plaats zou men het systeem graag uitgebreid zien tot de leeftijd van 19 jaar, althans wanneer financiering van deze uitbreiding door derden zou plaatsvinden.

5.6 Epidemiologie

Epidemiologisch onderzoek wordt binnen het model Veenendaal niet verricht. Het systeem van de moederkaarten levert de gemeente weliswaar tal van behandelingsgegevens van kinderen, het betreft hier informatie over verrichtingen. Met deze gegevens wordt momenteel weinig of niets gedaan. Van een behoefte, aldus de gemeente, om de gegevens samen te voegen en te analyseren, is nog geen sprake.

Overigens is in het verleden in Veenendaal wel epidemiologisch onderzoek verricht (Van Loveren & Kalsbeek, 1982). Het huidige model bevat ook zeker de intentie tot dergelijk onderzoek. Zo is in de bereidverklaring van gemeente en tandartsen opgenomen dat 'periodiek, maar in ieder geval 7 jaar na de invoering van dit systeem, onderzoek wordt gedaan naar de resultaten van deze vorm van jeugdtandverzorging' (art. 11). Hieronder wordt ook verstaan onderzoek naar de gebitstoestand van de kinderen. Voor een dergelijk onderzoek (dat dus in 1987 zou moeten plaatsvinden) zijn op dit moment nog geen concrete plannen ontwikkeld.

5.7 Mondhygiënist

Eén van de twee voorlichtingsfunctionarissen van de gemeente Veenendaal is een mondhygiënist. Haar werkzaamheden zijn voornamelijk gericht op het onderwijs. Voor een uitgebreider overzicht van haar taken wordt verwezen naar par. 5.4.

5.8 Toekomstvisie

Alom heerst tevredenheid over de wijze waarop de jeugdtandzorg in Veenendaal functioneert. Allereerst bij gemeente en tandartsen zelf, maar ook bij direct betrokkenen zoals het basisonderwijs en het ziekenfonds. Stimulering van de deelname en TGVO worden als de sterke kanten van het systeem ervaren. Door het ziekenfonds wordt opgemerkt dat de situatie in Veenendaal in schril contrast is met die in andere regio's. Op veel plaatsen valt de jeugdtandzorg, na liquidatie van de betreffende stichting, terug. In Veenendaal zal, aldus het ziekenfonds, van een terugval geen sprake zijn.

De tandartsen zijn van mening dat door het huidige systeem hun optiek groter is geworden, zij zich méér bewust zijn geworden van zowel preventie als deelname aan de jeugdtandverzorging. Ook signaleren zij een goede opvang en verzorging van risicogroepen. Bovenal echter waardeert men wat de 'filosofie' van het systeem kan worden genoemd: dat de tandarts wordt beschouwd als gezins-tandarts, als iemand die er (tegelijkertijd) is voor kind én ouder/verzorger.

Men is in Veenendaal van mening dat het gehanteerde model gecontinueerd dient te worden. Dit neemt niet weg dat er kanttekeningen worden geplaatst bij het huidig functioneren. Deze kanttekeningen, grotendeels in het voorafgaande al genoemd, worden hier

nog eens samengevat. Zij zijn van inhoudelijke, financiële en organisatorische aard.

Wat de inhoud van het systeem betreft kan allereerst worden gewezen op de bij de betrokkenen levende wens het project uit te breiden met de leeftijdsgroep 13-19 jarigen. Ook is er de wens het TGVO verder uit te diepen. Voorts wordt geconstateerd dat voor epidemiologisch onderzoek binnen het model geen aanleiding is, hetgeen vooral door het ziekenfonds als een gemis wordt ervaren. Daarnaast wordt als minder positieve kant van het systeem het feit beschouwd dat aan de tandartsen een tweetal eisen wordt gesteld waaraan zij in de praktijk niet altijd kunnen voldoen. In de eerste plaats is voor een goede afstemming van collectieve en individuele preventie noodzakelijk dat de tandartsen het over bepaalde zorgaspecten onderling min of meer eens zijn. Dit blijkt niet altijd het geval. In de tweede plaats vereist het curatieve aspect van de jeugd tandzorg specifieke deskundigheid in het omgaan met kinderen. Van een dergelijke deskundigheid zou niet altijd sprake zijn.

Wat betreft de financiële kant van het systeem is al gewezen op de zware last voor de gemeente. De kosten voor TGVO en stimulering deelname, ruim 18 gulden per deelnemend kind per jaar, worden als hoog ervaren. De gemeente wenst daarom in de toekomst een grotere financiële bijdrage van de tandartsen. Ook vindt men dat het ziekenfonds een deel van deze kosten voor zijn rekening zou kunnen nemen. Door zowel het ziekenfonds als de tandartsen wordt (verdere) mede-financiering afgewezen. TGVO en stimulering deelname wordt door het ziekenfonds beschouwd als een taak van de overheid. Deze dient dan ook zelf voor de financiering zorg te dragen. Overigens zou aansluiting bij de Districtsgezondheidsdienst (DGD) Zeist e.o., welke in oprichting is, enige verlichting kunnen brengen. Wanneer het rijk zijn toezegging om per 45.000 4-19-jarigen een mondhygiënist te financieren waarmaakt, zou aansluiting bij genoemde DGD globaal voor Veenendaal

een ½ formatieplaats opleveren, die dan wel zou werken vanuit de desbetreffende basisgezondheidsdienst.

Wat betreft de organisatie van het systeem tenslotte wordt van verschillende kanten gewezen op het functioneren van de stuurgroep. Hoewel ingesteld om het totale project te begeleiden (en als zodanig ook naar buiten toe gepresenteerd, als teken van brede ondersteuning van het project) komt de stuurgroep al geruime tijd niet meer bijeen. Mede als gevolg hiervan zijn de contacten tussen gemeente en sommige participanten, bijvoorbeeld de kruisvereniging en de schoolartsdienst, minimaal.

6. DEN HAAG

6.1 Inleiding

In de gemeente Den Haag is er nog niet een georganiseerd verband JTZ in de zin van een samenwerkingsverband tussen onder meer de basisgezondheidsdienst, het kruiswerk, de huistandartsen e.d. Momenteel is men vrij intensief bezig met een reorganisatieproces om de onder de Stichting ter bevordering van de jeugdtandverzorging ressorterende afdeling Jeugdtandzorg van de GG en GD 's-Gravenhage om te vormen tot een regionale instelling. Pas bij duidelijkheid met betrekking tot de toekomst van deze huidige afdeling JTZ kan gestalte worden gegeven aan de vorming van een georganiseerd verband.

De gedachten lijken momenteel uit te gaan naar de vorming van een adviescommissie ex artikel 62 van de gemeentewet, waarin de diverse potentiële participanten van een georganiseerd verband zitting zouden kunnen nemen. Hierop wordt in paragraaf 6.3 van dit hoofdstuk uitvoeriger teruggekomen.

Vervolgens zal in beeld worden gebracht hoe momenteel de te onderscheiden functies worden uitgevoerd.

In schema 6.1 wordt een overzicht gegeven van een aantal kerngegevens over Den Haag.

Schema 6.1 Kerngegevens over de jeugdtandverzorging in Den Haag

Naamaanduiding: Georganiseerd Verband Den Haag (GV Den Haag).

Bestuurlijke afgrenzing: gemeente Den Haag.

Aantal inwoners (1-1-1986): 443.961

Aantal jeugdigen per jaargroep (1-1-1986):

(bron: CBS)

0	5006	6	4242	12	4293
1	4711	7	4198	13	4735
2	4552	8	3846	14	5186
3	4376	9	3832	15	5433
4	4555	10	3917	16	5731
5	4368	11	4162	17	5552
				18	5872
				totaal	88567

Deelnemers JTZ: Afd. JTZ van de GG en GD: 13769 (incl. peuters) 38,3% van de leerlingen van het basisonderwijs
Huistandartsen: onbekend.

Bestuursvorm: Nog niet gerealiseerd; de gedachten gaan uit naar de vorming van een gemeentelijke commissie ex artikel 62 van de gemeentewet.

Participanten: Nog niet bekend.

Jaar van starten: 1987?

Vergaderfrequentie: N.V.T.

6.2 Het model Den Haag

Het model zoals dat in Den Haag zal gaan functioneren is sterk afhankelijk van de besluitvorming rond de bestaande afdeling jeugdtandzorg die ressorteert onder de stichting ter bevordering van de jeugdtandverzorging.

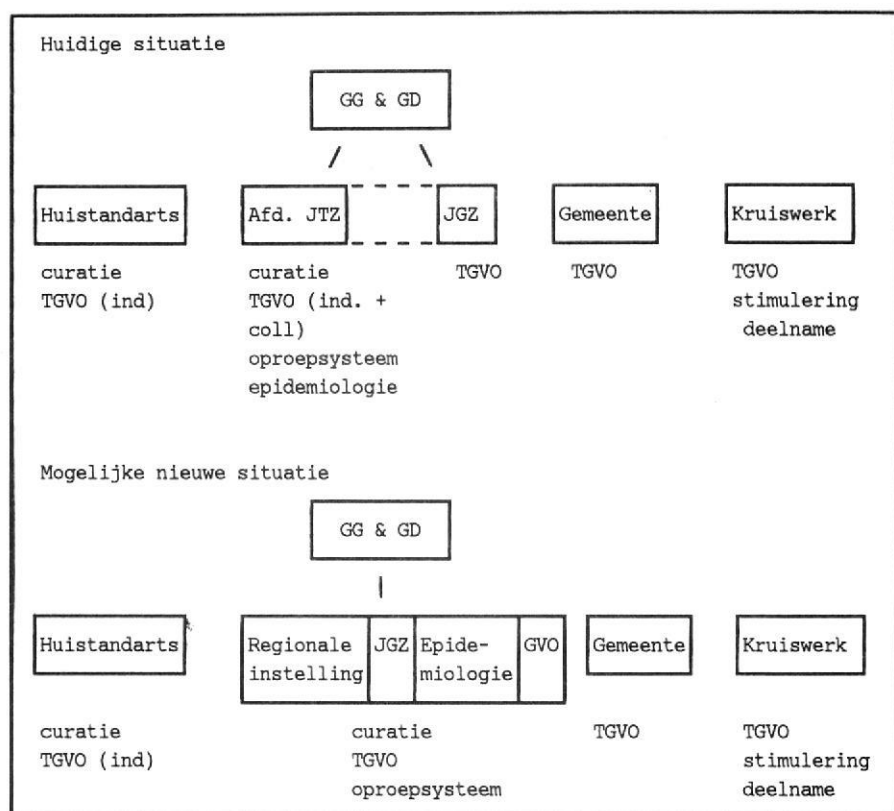
Met name de betrokkenheid van de gemeente speelt daarbij een rol. Denkbare varianten zijn hierbij (nota JTZ, 1985):

- gemeente neemt alleen de verantwoordelijkheid op zich voor de uitvoering van de collectief-preventieve zorg;

- b. gemeente tracht het particulier initiatief te interesseren voor de tandheelkundige verzorging van de gehele jeugd;
- c. naast collectief preventieve taken neemt gemeente tevens verantwoordelijkheid op zich voor individuele preventie en curatieve zorgverlening, beperkt tot kinderen uit bijzondere risicogroepen;
- d. naast collectief preventieve taken neemt de gemeente een verantwoordelijkheid op zich voor de individuele preventie en curatieve zorgverlening voor de gehele jeugd van 0-19 jaar; naast de vrij gevestigde tandartsen.

De voorkeur lijkt uit te gaan naar variant d. Het model zoals dat momenteel functioneert en zoals dat volgens variant d. zou kunnen gaan functioneren, wordt weergegeven in schema 6.2.

Schema 6.2 Model Den Haag



De belangrijkste wijziging is dat de regionale instelling Jeugdtandzorg kostendekkend moet gaan functioneren op basis van een pakket dat vergelijkbaar is met dat van de huistandarts.

De regionale instelling blijft echter wel als afdeling van de GG en GD functioneren.

De verzorging van de meerwaardefuncties zal dan worden gerealiseerd door, of in samenwerking met, de overige betrokken afdelingen van de GG en GD.

Personeelsinzet en kostenraming

Voor de meeste werksoorten in Den Haag die betrokken zijn bij de jeugdtandzorg geldt dat activiteiten zijn geïntegreerd in een breder geheel, zoals bijvoorbeeld bij de jeugdgezondheidszorg. Consequentie hiervan is dat er geen inzicht is te verkrijgen in personeelsinzet en kosten op het terrein van de jeugdtandzorg van die organisaties..

Wat betreft de huistandartspraktijken geldt dat er momenteel rond 250 tandartsen functioneren in Den Haag. In naar schatting 20% van de praktijken is - doorgaans op part-time basis - een mondhygiënist werkzaam. Over kosten en verrichtingen van tandartsen ten behoeve van jeugdigen van 0-19 jaar is nog geen betrouwbare informatie beschikbaar. Dit met name omdat tandheelkundige hulp voor jeugdige ziekenfondsverzekerden systeem nog pas zo kort functioneert.

De personeelsinzet en kosten van de afdeling Jeugdtandzorg van de GG en GD Den Haag zijn wel bekend. De personeelsbezetting wordt hieronder weergegeven.

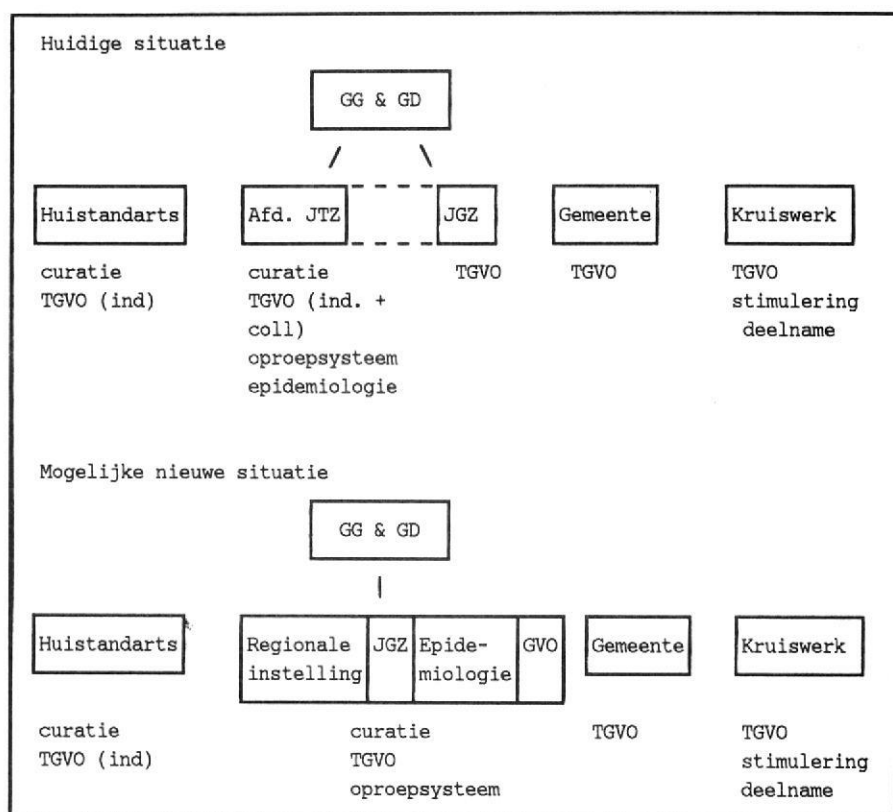
Personeelsbezetting afd. JTZ (medio 1985)

tandartsen*:	8,5 full-time formatieplaatsen
mondhygiënist:	0,5 full-time formatieplaatsen
assistenten*:	10,7 full-time formatieplaatsen
begeleidsters:	2,7 full-time formatieplaatsen (worden op urbasis aangetrokken)
administratie:	2,7 full-time formatieplaatsen.

De uitgaven en inkomsten van de afdeling JTZ worden in tabel 6.1 weergegeven aan de hand van de begrotingscijfers 1986/1987 waar-
bij is uitgegaan van een aantal deelnemers van 14.000.

*Voor tandartsen wordt onder een full-time formatieplaats 25½ uur/week verstaan, voor assistenten 35 uur/week.

Schema 6.2 Model Den Haag



De belangrijkste wijziging is dat de regionale instelling Jeugd tandzorg kostendekkend moet gaan functioneren op basis van een pakket dat vergelijkbaar is met dat van de huistandarts.

De regionale instelling blijft echter wel als afdeling van de GG en GD functioneren.

De verzorging van de meerwaarde functies zal dan worden gerealiseerd door, of in samenwerking met, de overige betrokken afdelingen van de GG en GD.

Personeelsinzet en kostenraming

Voor de meeste werksoorten in Den Haag die betrokken zijn bij de jeugdtandzorg geldt dat activiteiten zijn geïntegreerd in een breder geheel, zoals bijvoorbeeld bij de jeugdgezondheidszorg. Consequentie hiervan is dat er geen inzicht is te verkrijgen in personeelsinzet en kosten op het terrein van de jeugdtandzorg van die organisaties..

Wat betreft de huistandartspraktijken geldt dat er momenteel rond 250 tandartsen functioneren in Den Haag. In naar schatting 20% van de praktijken is - doorgaans op part-time basis - een mondhygiënist werkzaam. Over kosten en verrichtingen van tandartsen ten behoeve van jeugdigen van 0-19 jaar is nog geen betrouwbare informatie beschikbaar. Dit met name omdat tandheelkundige hulp voor jeugdige ziekenfondsverzekerden systeem nog pas zo kort functioneert.

De personeelsinzet en kosten van de afdeling Jeugdtandzorg van de GG en GD Den Haag zijn wel bekend. De personeelsbezetting wordt hieronder weergegeven.

Personeelsbezetting afd. JTZ (medio 1985)

tandartsen*:	8,5 full-time formatieplaatsen
mondhygiënist:	0,5 full-time formatieplaatsen
assistenten*:	10,7 full-time formatieplaatsen
begeleidsters:	2,7 full-time formatieplaatsen (worden op uurbasis aangetrokken)
administratie:	2,7 full-time formatieplaatsen.

De uitgaven en inkomsten van de afdeling JTZ worden in tabel 6.1 weergegeven aan de hand van de begrotingscijfers 1986/1987 waar-
bij is uitgegaan van een aantal deelnemers van 14.000.

*Voor tandartsen wordt onder een full-time formatieplaats 25½ uur/week verstaan, voor assistenten 35 uur/week.

Tabel 6.1 Uitgaven en inkomsten van de afdeling JTZ (begroting 86-87)

UITGAVEN		INKOMSTEN	
tandheelkunde	f 1.790.200,-	ziekenfondsen	f 1.720.300,-
administratie	- 246.200,-	particulieren	- 277.600,-
algemeen beheer	- 212.300,-	gemeente	- 250.800,-
totaal	f 2.248.700,-	totaal	f 2.248.700,-

De gemiddelde kosten komen daarmee per deelnemer afgerond op f 160,-. De kosten bedragen voor de gemeente per deelnemer f 17,90. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat de activiteiten zich deels uitstrekken tot de gehele jeugdige populatie in Den Haag, met name waar het betreft de collectieve meerwaardefuncties.

6.3 Curatie

Naar schatting van de NMT afdeling Den Haag zijn er in Den Haag ongeveer 250 tandartsenpraktijken. Voor de totale afdeling Den Haag ligt de gemiddelde tandartsendichtheid naar schatting op 1 : 1800 inwoners. Dit aantal wordt als ruim voldoende ervaren om aan de vraag naar tandartsenzorg te kunnen voldoen.

Knelpunten vormen echter naar de indruk van de afdeling wel de bereikbaarheid voor de huistandartsen van met name twee risicogroepen, nl.:

- mensen die bang zijn voor de tandarts (ouders en kinderen);
- etnische minderheden.

Met name in de gemeente Den Haag worden deze knelpunten gesignaleerd.

Naast de huistandarts vervult ook de afdeling JTZ curatieve

functies, namelijk voor de groep jeugdigen van 2-14 jaar, met te zijner tijd een uitbouw tot 19 jaar.

Het totaal aantal deelnemers aan de JTZ bedraagt momenteel (gegevens jaarverslag 84-85) 13.769. De uitvoering van de JTZ gebeurt via de richtlijnen van de Centrale Raad voor de Sociale Tandheelkunde. In de toekomst - bij een erkenning als Regionale Instelling - zal er geen verschil meer zijn tussen het verstrekkingenpakket van de huistandarts en van de afdeling JTZ.

De afdeling JTZ is daarom momenteel in een reorganisatieproces gewikkeld om zich om te vormen tot een Regionale Instelling.

Daarmee bieden huistandarts en afdeling JTZ in principe een gelijkwaardig tandheelkundig pakket voor de jeugd tot 19 jaar.

De afdeling JTZ verwacht in de toekomst een stabilisatie van het aantal deelnemers en ziet vooral een functie ten opzichte van die groepen die anders niet bij een tandarts zouden komen, met name etnische minderheden. Dit zou een bestendinging van de huidige situatie zijn, waarbij met name het deelnemingspercentage van de etnische minderheden vrij hoog is.

6.4 TGVO

Vanuit de afdeling JTZ worden zowel individuele TGVO-activiteiten uitgevoerd aan de stoel, alsook collectieve TGVO-activiteiten.

Op een totaal aantal deelnemers aan de afdeling JTZ van bijna 14.000 werd in het jaar 84/85 rond 11.000 keer individuele voorlichting gegeven.

Collectieve TGVO-activiteiten in dat jaar waren onder meer:

- voorlichting op scholen door de mondhygiënist;
- ouderavonden op scholen door de mondhygiënist;
- voorlichtingsmiddagen voor Turkse en Marokkaanse vrouwen door een tandarts;

- overleg/informatie-uitwisseling met en voorlichting aan het Bureau GVO, consultatiebureau-artsen, -wijkverpleegkundigen en -diëtistes en Ivoren Kruis door de dirigerend tandarts en de mondhygiënist;
- voorlichting en poetsinstructie op de centra door begeleiders.

De totale tijdsinvestering van de diverse medewerkers van de afdeling JTZ is voor de individuele TGVO moeilijk te bepalen, voor de collectieve TGVO naar schatting:

mondhygiënist	14 uur/week
dirigerend tandarts	2 uur/week
begeleiders	35 uur/week.

Als knelpunten worden ervaren: het ontbreken van afstemming naar de huistandartsen, het slechts part-time werken van de mondhygiënist en het ontbreken van financiële en personele mogelijkheden om de activiteiten te evalueren.

Een belangrijke activiteit vormt ook het fluoride-spoelen. Zo'n 15.000 kinderen van basisscholen doen daar aan mee.

Bij de CB's voor 0-4 jarigen van het kruiswerk is TGVO geïntegreerd in de totale mondelinge en schriftelijke voorlichting. Er wordt regelmatig aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering op het terrein van de tandheelkunde, bijvoorbeeld door het uitnodigen van een tandarts of mondhygiënist om de CB-artsen en -verpleegkundigen te informeren.

De afdeling Den Haag van de NMT is de mening toegedaan dat het zwaartepunt van de TGVO voor de huistandarts ligt bij de individuele voorlichting aan de stoel. Collectieve TGVO-activiteiten kunnen bij uitstek worden verricht door de GG en GD. De afdeling is echter bang dat TGVO in de toekomst zou kunnen ondersneeuwen onder de algemene GVO. De aanwezigheid van een mondhygiënist als centraal aanspreekpunt in een basisgezondheidsdienst is naar de mening van de afdeling niet een voldoende garantie om dit te voorkomen.

Knelpunten ten aanzien van TGVO zijn: het feit dat er nog te weinig aan TGVO gebeurt, dat wat er gebeurt onvoldoende op elkaar is afgestemd en het onverplichtende karakter.

Het Stedelijk orgaan GVO is van mening dat er geen afstemmingsproblemen zijn in de zin van 'elkaar in de weg lopen'. TGVO gebeurt nog zo weinig dat het feitelijk nauwelijks of niet voorkomt dat men elkaar voor de voeten loopt.

Naar de mening van het Stedelijk Orgaan dient TGVO niet aan de stoel gegeven te worden, maar met name via het onderwijs.

Activiteiten van het Stedelijk Orgaan zijn met name gericht op het na- en bijscholen van intermediairen zoals leerkrachten, en de ontwikkeling en verspreiding van TGVO-materialen. Voor dit laatste wordt door de gemeente Den Haag jaarlijks 50.000 à 75.000 gulden uitgegeven.

6.5 Bevordering deelname

Vanuit de afdeling JTZ wordt melding gemaakt van twee oproep-/stimuleringsystemen om naar de tandarts te gaan.

In de eerste plaats worden op twee-jarige leeftijd alle kinderen opgeroepen om deel te nemen aan tandheelkundige verzorging. In de tweede plaats krijgen alle vier-jarigen een formulier toegezonden waarin zij aan dienen te geven of zij zullen gaan deelnemen aan de JTZ of dat zij naar de huistandarts zullen gaan. Hierbij wordt er naargestreefd een respons van 100% te krijgen, zonodig worden herhaaloproepen verstuurd. Wat in dit systeem echter niet kan worden nagegaan is of iemand die antwoordt naar de huistandarts te zullen gaan daar ook daadwerkelijk naar toe gaat.

Naast deze systemen was er vanuit de STV een nazorg systeem opgezet voor schoolverlaters. Gesaneerde leerlingen bij de STV kregen een formulier mee waarvan de huistandarts een deel diende

terug te sturen als de desbetreffende leerling zich bij hem/haar in laat schrijven.

Het percentage geretourneerde formulieren was de laatste jaren zo'n 55 à 60%. Onbekend was welk deel van de niet geretourneerde 40% zich niet inschreef bij een huistandarts en dus geen tandheelkundige verzorging meer ontving, of dat een aantal huistandartsen verzuimt de formulieren te retourneren. Met ingang van augustus 1985 is dit systeem echter niet meer van toepassing; deelnemers aan de STV kunnen nu ook na de basisschool blijven deelnemen aan de STV.

Knelpunten die zich bij het huidige oproepsysteem voordoen zijn:

- onbekendheid met de groep die niet antwoord;
- financiering moet komen uit de exploitatie van de afdeling JTZ van de GG en GD 's-Gravenhage;
- onbekendheid met het feit of mensen die aangeven naar de huistandarts te zullen, daar ook werkelijk heen gaan.

De kosten die gemoeid zijn met het oproepsysteem zijn niet exact bekend. Met name de personele kosten zijn versluierd in het totale functioneren van de afdeling STV.

Daarnaast zijn wel de materiële kosten te becijferen van het oproepsysteem voor 2-jarigen, nl. op jaarbasis:

4800 brieven drukken + versturen (porti).

800 à 1000 retourzendingen (porti). In totaal kunnen de kosten inclusief de personele inzet worden geschat op rond f 17.000,-.

De taak stimulering deelname is bij het kruiswerk ingebed in het totaal van het CB-werk. Kleuters vanaf de leeftijd van twee jaar worden gestimuleerd naar de tandarts te gaan via mondelinge voorlichting, ondersteund met schriftelijk materiaal. Overwogen wordt momenteel in het dossier op te nemen of de kleuter naar de tandarts gaat. De CB-arts kijkt ook in de mond en geeft aan de ouders gerichte adviezen, waarbij tijdens het volgende bezoek kan worden nagegaan of de adviezen daadwerkelijk zijn opgevolgd.

De stimuleringsactiviteiten van de CB's vinden plaats in overleg met de afdeling jeugdtandzorg.

In principe staat ook de NMT-afdeling 's-Gravenhage positief tegenover de opzet van een oproepsysteem. Het huidige systeem werkt echter niet goed. In de randgemeenten van Den Haag - die ook vallen onder de afdeling 's-Gravenhage van de NMT - wordt momenteel een ander oproepsysteem uitgeprobeerd. Knelpunten die zich echter ook daarbij lijken voor te doen zijn: de medewerking van de huistandartsen, de onbekendheid met het systeem en de beschikbare financiële middelen.

Naar de mening van de NMT zouden de ziekenfondsen veel feitelijk materiaal moeten kunnen opleveren met betrekking tot de deelname van de jeugdige ziekenfondsverzekerden aan de JTZ.

Betrouwbare informatie is naar de mening van de ziekenfondsen echter nog niet beschikbaar. Wel is ook naar de mening van de ziekenfondsen het bestaande oproep/stimuleringssysteem niet voldoende om betrouwbare conclusies te kunnen trekken bijvoorbeeld over de vraag of de risicogroepen momenteel wel of niet voldoende worden bereikt door de tandheelkundige hulpverlening.

6.6 Epidemiologie

Epidemiologische activiteiten in Den Haag worden uitgevoerd door de afdelingen JTZ en epidemiologie van de GG en GD 's-Gravenhage.

Deze activiteiten zijn er onder meer op gericht om inzicht te krijgen in:

- de omvang van het zorgverleningsapparaat;
- de toename of afname van cariës;
- de samenstelling van de bevolking;
- de deelname van risicogroepen aan de jeugdtandzorg;

- resultaat van preventieve activiteiten op de gezondheidstoestand van het gebit;
- bedrijfsmatig functioneren van de afdeling JTZ.

Naast dit soort continue activiteiten vinden ook ad hoc onderzoeksactiviteiten plaats zoals recentelijk een onderzoek in samenwerking met Groningen over het resultaat van sealen.

Als doel van tandheelkundig epidemiologisch onderzoek op regionaal niveau ziet de afdeling JTZ met name het verbeteren van de zorgverlening door terugkoppeling van de resultaten van de zorgverlening aan de zorgverleners en de ondersteuning van de beleidsplanning.

Op de wat langere termijn zou men graag longitudinaal onderzoek doen gericht op de deelname van risicogroepen aan de JTZ.

Ook zou de dienst graag het onderzoek van de universiteit van Nijmegen voortgezet zien (König e.a.) dat er onder meer op gericht is de resultaten van preventieve activiteiten te evalueren. Knelpunten bij de realisatie hiervan vormen met name financiële en personele middelen.

Vanuit het kruiswerk worden geen epidemiologische activiteiten gemeld op het terrein van de tandheelkunde. Wel is men van mening dat er enige epidemiologische kennis aanwezig zou moeten zijn. Evenals bij de dienst JTZ leeft met name de wens inzicht te hebben in het bestaan van witte gebieden en daarnaast ook in de motieven om niet naar de tandarts te gaan.

De huistandartsen zijn momenteel niet betrokken bij epidemiologische activiteiten.

Het stedelijk orgaan GVO Den Haag is direct betrokken bij de reeds genoemde onderzoeksactiviteiten van de universiteit Nijmegen. De TGVO is en wordt in belangrijke mate ontwikkeld en gestimuleerd vanuit dit stedelijk orgaan, dat deel uitmaakt van de secretarie van de gemeente Den Haag.

Het evaluatie-project werd betaald door het preventiefonds; voor

voortzetting van het project is echter geen nieuwe aanvraag ingediend.

6.7 Mondhygiënist

De afdeling JTZ heeft één mondhygiënist in part-time dienstverband (20 uur). Zoals in de voorgaande paragrafen ook al is beschreven bestaan haar taken in hoofdzaak uit:

- individuele zorgverlening (1/3);
- TGVO (1/3);
- coördinatie en werkoverleg (1/3).

Op basis van een te signaleren behoefte vanuit het onderwijs zou er minimaal ruimte zijn voor 2 mondhygiënist op full-time basis.

In de visie van de dirigerend tandarts van de afdeling JTZ is een ondersteuning door een tandarts van een mondhygiënist noodzakelijk, wil zij met voldoende gezag functioneren. Noch een afdeling JGZ, noch een directie van een basisgezondheidsdienst kan voor de specifieke tandheelkundige back-up zorgdragen.

Naar schatting van de afdeling Den Haag van de NMT is in ongeveer 20% van de tandartspraktijken in Den Haag een mondhygiënist werkzaam. Een schatting van het totaal aantal werkzame mondhygiënist is moeilijk te geven omdat de meesten op part-time basis werken.

De taken die door de mondhygiënist doorgaans worden uitgevoerd zijn:

- eventuele uitvoering van een eerste controle;
- preventie en voorlichting;
- reinigen van het gebit;
- toedienen van fluoride applicaties;
- maken van röntgenfoto's.

De mondhygiënist werken in alle gevallen onder toezicht van een tandarts.

De andere organisaties zoals de kruisverenigingen hebben geen mondhygiënist in dienst en hebben daar ook geen plannen voor.

6.8 Toekomstvisie

Wat betreft de toekomstige ontwikkeling heeft bij de afdeling JTZ de omvorming tot een Regionale Instelling absolute prioriteit.

Ten aanzien van het Georganiseerd Verband is er enerzijds de verwachting dat elke wederzijdse afstemming een kwaliteitsverbetering tot gevolg zal hebben, anderzijds staat men toch wel sceptisch tegenover het weinig verplichtende karakter van de samenwerking. Zoals al eerder is vermeld zal de samenwerking gestalte krijgen in een commissie ex artikel 62 van de gemeentewet.

De medewerkingsbereidheid van de huistandartsen zal een blijvend knelpunt vormen.

De afdeling van de NMT bestrijdt evenmin het nut van samenwerking, maar stelt daarbij de vraag of dit per sé zou moeten leiden tot de vorming van een breed gestructureerd overleg. De opbouw van een goed netwerk aan bilaterale contacten zou volgens de afdeling reeds voldoende kunnen zijn.

Het kruiswerk geeft prioriteit aan de ontwikkeling van de inhoud van het werk; eerst moet de aard van de problematiek duidelijk worden; wie worden er momenteel onvoldoende bereikt door de JTZ? TGVO en epidemiologie dienen te passen in bredere GVO en epidemiologie-activiteiten. Deze onderdelen zouden daarnaast geïntegreerd moeten zijn in het werk van iedereen op het terrein van de basisgezondheidszorg, dus ook in dat van CB-arts en verpleegkundige.

7. NOORDOOST NOORD-BRABANT

7.1 Inleiding

De regio Noordoost Noord-Brabant omvat 26 gemeenten waarvan Oss (50.341 inwoners per 1 januari 1986), Uden (34.157) en Veghel (25.435 inwoners) de grootste zijn. Het totaal aantal inwoners in dit gebied bedraagt 282.349. Er zijn $\pm$ 100 huistandartsen werkzaam.

Binnen de regio is sinds 1974 de Stichting Jeugdtandverzorging Noordoost Noord-Brabant werkzaam. Haar standplaats is Oss. Door de Stichting wordt aan kinderen van 0 tot 13 jaar zowel curatieve als preventieve tandheelkundige zorg verleend. Het deelnemerspercentage varieert per subregio. In het stadsgewest Oss neemt ongeveer 60% van de kinderen deel aan de jeugdtandzorg, in de subregio Uden/Veghel $\pm$ 37% en in het Land van Cuyck $\pm$ 40% (cijfers over schooljaar 1983-1984). Volgens de begroting 1986-1987 heeft de zorgverlening momenteel betrekking op in totaal 15.420 personen.

De Stichting Jeugdtandverzorging Noordoost Noord-Brabant (in het vervolg te noemen: dienst jeugdtandzorg) beschikt over eigen faciliteiten en heeft tandartsen, kindertandverzorger, mondhygiënisten en assistenten in dienst. In het dagelijks bestuur zijn de ziekenfondsen, de gemeenten en de huistandartsen uit de regio vertegenwoordigd.

In schema 7.1 worden enkele kerngegevens van het model Noordoost Noord-Brabant weergegeven.

Schema 7.1 Kerngegevens over de jeugdtandverzorging in Noordoost Noord-Brabant

Naamaanduiding: Georganiseerd Verband Noordoost Noord-Brabant
Bestuurlijke afgrenzing: Gemeenten (26) Noordoost Noord-Brabant
Aantal inwoners (1-1-1986): 282.349
Aantal jeugdigen per jaargroep (1-1-1986):
(bron: CBS)

0	3732	6	3990	12	4627
1	3652	7	3973	13	4964
2	3564	8	4011	14	5378
3	3603	9	4121	15	5443
4	3825	10	4124	16	5664
5	3925	11	4385	17	5250
				18	5170
					totaal 83.401

Deelnemers JTZ: 15.400 Kinderen van 0-13 jaar worden door de stichting jeugdtandverzorging bereikt; per subregio varieert het percentage deelnemers van 37% tot 60%.
Door de huistandartsen wordt een onbekend aantal kinderen bereikt.

Bestuursvorm: Stichting Jeugdtandverzorging Noordoost Noord-Brabant; in het Dagelijks Bestuur zijn vertegenwoordigd: gemeenten, ziekenfondsen en NMT in het Algemeen Bestuur tevens het basisonderwijs, de inspectie Volksgezondheid en de basisgezondheidsdiensten.

Participanten: Zie onder bestuursvorm; op uitvoerend niveau is tevens het kruiswerk bij de jeugdtandzorg betrokken.

Jaar van starten: 1974

Vergaderfrequentie: Algemeen Bestuur en Dagelijks Bestuur komen frequent bijeen.

Doel: Bereiken van een zo goed mogelijke tandheelkundige gezondheid bij het jeugdige deel van de bevolking.

7.2 Het model Noordoost Noord-Brabant

De werkwijze van het systeem Jeugdtandverzorging in Noordoost Noord-Brabant is als volgt (zie schema 7.2).

Schema 7.2 In regio Noordoost Noord-Brabant aanwezige model van Jeugdtandverzorging

Huistandarts	Regionale Instelling	Basisgezondheidsdienst	Kruiswerk
curatie	curatie	collectieve (T)GVO	individuele (T)GVO
individuele preventie	individuele preventie		collectieve (T)GVO
individuele TGVO	individuele (T)GVO		
	collectieve (T)GVO		
	bevordering deelname (op- roepsysteem)		

De dienst jeugdtandzorg verzorgt zowel de curatie als de drie meerwaardefuncties TGVO, epidemiologie en bevordering deelname. Met betrekking tot de curatie is overleg gaande met de huistandartsen om tot een taakafbakening te komen. Hiertoe is het afgelopen jaar een concept-protocol opgesteld (zie bijlage 3). De belangrijkste elementen van dit protocol zijn:

- erkenning van het feit dat wederzijdse ondersteuning van huistandartsen en de dienst jeugdtandzorg in het bereiken van de groep 0-19-jarigen van groot belang is;
- de afspraak dat de dienst zich op de groep 0-13-jarigen richt en de huistandartsen op de groep boven de 13 jaar; door beide

partijen wordt bevorderd dat ook personen die tot het werkgebied van de andere partij behoren, worden gestimuleerd tot deelname;

- omdat er tussen de deelnemersgroepen van de dienst en de huistandartsen verschuivingen kunnen voorkomen die ondermijnd zouden kunnen werken, wordt, op basis van cijfers van 1 januari 1986, een 'status quo' afgesproken; bewaking hiervan vindt plaats op basis van een jaarlijkse kwantitatieve beoordeling van daartoe betrouwbare gegevens per gemeente; overigens mag het uitgangspunt van de status quo niet verhinderen dat de dienst jeugdtandzorg zich vanuit haar specifieke deskundigheid, met name door middel van haar voorlichting, op de risicogroepen richt;
- bij het over en weer verwijzen van patiënten worden collegiale regels in acht genomen.

Het overleg over dit concept-protocol binnen de kring van tandartsen wordt begin oktober 1986 afgerond. Verwacht wordt dat de tandartsen op een enkele uitzondering na accoord zullen gaan. In 1987 zal duidelijkheid bestaan over de werkbaarheid van het protocol.

De dienst jeugdtandzorg beschikt over een groot aantal medewerkers. De formatie bestaat uit de volgende disciplines (begroting 1986-1987): 4 tandartsen (3.1 full-time equivalent), 10 kindertandverzorgers (7.6), 12 assistenten (11.2), 5 administratieve medewerkers (4.0), 5 (T)GVO-medewerkers (4.0) en 1 directeur/-tandarts (0.5).

Het totale budget over het jaar 1986-1987 bedraagt f 2.390.713,-. De verdeling van dit bedrag naar uitgavenposten en inkomstenbronnen is gegeven in tabel 7.1.

Tabel 7.1: Uitgaven en inkomsten van de Stichting Jeugdtandverzorging Noordoost Noord-Brabant (begroting schooljaar 1986-1987)

UITGAVEN		INKOMSTEN	
tandheelkunde	f 1.763.975,-	bijdrage ziekenfondsen	f 1.505.979,-
administratie	f 257.348,-	bijdrage particulieren	f 645.419,-
algemeen beheer	f 115.513,-		
(T)GVO	f 253.877,-	bijdrage gemeenten	f 239.315,-
totaal	f 2.390.713,-	totaal	f 2.390.713,-

De omvang van de bijdragen van gemeenten, ziekenfondsen en particulieren is een gevolg van de (landelijke) afspraak dat de gemeenten 10% van de onkosten van jeugdtandzorg voor hun rekening nemen, ziekenfondsen en ziektenkostenverzekeraars de overige 90%. Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat van de totale kosten ongeveer 90% betrekking heeft op de curatie, 10% op de vervulling van meerwaardefuncties.

Per deelnemend kind wordt door de dienst, uitgaande van deze begroting, per jaar een bedrag uitgegeven van f 155,03. Hiervan is f 139,52 afkomstig van de ziekenfondsen en particulieren en f 15,51 van de gemeenten. Dit laatste bedrag wordt in zijn geheel besteed aan de bekostiging van de meerwaardefuncties. Per inwoner geven de gemeenten jaarlijks f 0,85 uit aan de jeugdtandzorg.

Tot de bij de jeugdtandzorg in deze regio betrokken instellingen behoren behalve de dienst jeugdtandzorg en de huistandartsen dus vooral de ziekenfondsen en de gemeenten. Wat deze laatste betreft is, in verband met vervulling van meerwaardefuncties, de aanwezigheid van enkele basisgezondheidsdiensten van belang. Het stadsgewest Oss beschikt over een GGD, terwijl de subregio Uden/Veghel een Districtsgezondheidsdienst heeft. De derde subregio, het Land van Cuyck, beschikt nog niet over een basisge-

zondheidsdienst. In dit gebied is wel een schoolartsendienst werkzaam. Er zijn ontwikkelingen gaande die waarschijnlijk zullen leiden tot één basisgezondheidsdienst voor de totale regio, waarbij het werkgebied van deze dienst vrijwel samenvalt met dat van de dienst jeugdtandzorg. Deze ontwikkeling speelt in de discussie over de toekomst van de jeugdtandzorg in Noordoost Noord-Brabant een grote rol (zie ook par. 7.7).

Tenslotte dient nog te worden vermeld de aanwezigheid in de regio van de kruisvereniging. Deze is met name van belang waar het gaat om de meerwaardefuncties TGVO en stimulering deelname.

7.3 Curatie

De curatie binnen de jeugdtandzorg wordt in Noordoost Noord-Brabant uitgevoerd door zowel de huistandartsen als de tandartsen van de dienst. In hun brochures naar scholen en ouders/verzorgers omschrijven deze laatsten hun werkzaamheden als volgt:

- halfjaarlijkse controle van de gebitten van de kinderen door tandarts of kindertandverzorgende; zonodig worden röntgenfoto's van de tanden en kiezen gemaakt;
- preventieve behandeling, bestaande uit bijv. fluoride-applicatie, sealant-behandeling of het uitschrijven van een recept ter verkrijging van fluoride-tabletjes;
- volledige behandeling van melk- en blijvend gebit; in bijzondere gevallen worden de kinderen, in overleg met ouders of verzorgers, doorverwezen naar een orthodontist;
- behandeling vindt plaats in de dental-car, die ieder half jaar aan school komt, of in het kindertandverzorgingscentrum in Oss; ouders of verzorgers van peuters en kleuters worden uitgenodigd bij het halfjaarlijks onderzoek aanwezig te zijn; ook ouders/verzorgers van kinderen die nieuw zijn aangemeld, worden uitgenodigd.

Over de financiering van de curatie is, voor zover het de dienst jeugdtandzorg betreft, in de vorige paragraaf al het een en ander gezegd.

Hieraan kan worden toegevoegd dat volgens de bestaande financieringsregeling, waarbij per kind een bepaald bedrag per jaar kan worden uitgegeven, de dienst relatief goedkoop werkt en al jaren onder het vastgestelde bedrag blijft. Dit is mede het gevolg van het streven extra dure verrichtingen te vermijden. Door de ziekenfondsen wordt dit bevestigd. Naar hun mening combineert de dienst een hoge kwaliteit van zorgverlening met relatief lage onkosten.

Wat de financiering van de curatie door de huistandartsen betreft, deze vindt op de gebruikelijke wijze plaats via betaling op basis van declaratie aan ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars.

De gegevens van de behandelingen (verrichtingen) worden door de dienst jeugdtandzorg zelf opgeslagen en automatisch verwerkt. In de jaarverslagen van de Stichting worden overzichten gegeven van zowel preventieve als curatieve verrichtingen. In deze overzichten wordt doorgaans uitgesplitst naar geslacht en geboortjaar van de kinderen. Tevens worden verrichtingenoverzichten per gemeente gegeven.

7.4 (T)GVO

Individuele TGVO (waaronder met name poetsinstructie en fluoride-applicatie) wordt zowel door de tandartsen van de dienst als door de huistandartsen gegeven. De collectieve TGVO is uitsluitend in handen van de dienst jeugdtandzorg. De activiteiten naar de verschillende leeftijdsgroepen zijn de volgende:

- 0-2-jarigen: schriftelijke voorlichting aan ouders/verzorgers, zowel via de wijkverpleging als direct. De activiteiten via de wijkverpleging bevinden zich in de startfase. Er zijn contacten gelegd met basiseenheden, waarin algemene informatie over de dienst jeugdtandzorg en de jeugdtandverzorging is gegeven en ondersteuningsmogelijkheden zijn besproken. Gezamenlijk voorlichtingsmateriaal wordt momenteel gemaakt. De directe voorlichting van de dienst bestaat uit een informatiebrochure over voeding, poetsen en fluoride welke via de afdeling bevolking van de gemeente kort na de geboorte van het kind naar de ouders/verzorgers wordt gestuurd;
- 2-4-jarigen: contacten met peuterspeelzalen. De activiteiten bestaan uit het aanbieden van een peutermat aan de leidsters, gastlessen over tandverzorging en tandarts en uit ouderbijeenkomsten waarin over voeding, tandverzorging en de dienst jeugdtandzorg wordt gesproken.

Van de ongeveer 75 peuterspeelzalen in de regio neemt 60 á 70% aan één of meer van deze activiteiten deel. Het ligt in de bedoeling ook de 2-4-jarigen via de kruisvereniging intensiever te benaderen;

- 4-13-jarigen: contacten met de basisscholen. De activiteiten omvatten het aanbieden (op leenbasis) van een aantal lespakketten, het geven van gastlessen, het organiseren van ouderbijeenkomsten en het geven van poetsinstructie op (risico)-scholen. Daarnaast wordt ondersteuning geboden bij het opzetten van projecten, bijv. in de vorm van documentatievoorziening. Op een aantal scholen wordt samengewerkt met schoolbegeleiders van de Onderwijsbegeleidingsdienst.

Van de lespakketten wordt veel gebruik gemaakt. In september 1984 hadden 253 van de 325 basisscholen ($\pm$ 78%) gewerkt met een van de lesmappen.

Hebben de activiteiten met betrekking tot de eerste twee genoemde leeftijdsgroepen expliciet betrekking op de tandheelkundige GVO, in de benadering van het onderwijsveld heeft de dienst zijn doelstelling verruimd tot het ontwikkelen van GVO in bredere zin dan alleen de tandheelkundige. Dit komt met name tot uitdrukking in een verbreding van de thematiek in de aangeboden lespakketten (bijv. ook aandacht voor onderwerpen als persoonlijke gezondheidszorg, beweging, genotsmiddelen).

Met deze verbreding heeft de dienst zich begeven op het werkterrein van de basisgezondheidsdiensten, met name van de afdelingen Jeugdgezondheidszorg en GVO. Geconstateerd kan worden dat, althans waar het de relatie van de dienst jeugdtandzorg met de GGD-stadsgewest Oss betreft, van afstemming en samenwerking op GVO-terrein geen sprake is. Zowel de GVO-functionaris van de GGD als de GVO-medewerkers van de dienst opereren volop in het onderwijs, doch komen op geheel eigen wijze de scholen binnen. Ook inhoudelijk zijn er meningsverschillen tussen beide.

Wordt de relatie tussen dienst jeugdtandzorg en basisgezondheidsdienst Oss dus als duidelijk knelpunt ervaren, ook de contacten tussen de dienst en het kruiswerk zijn niet optimaal. Pas de laatste jaren is er door het kruiswerk in de regio, in samenwerking met de dienst jeugdtandzorg, gewerkt aan documentatie welke door CB-artsen en/of verpleegkundigen aan ouders of verzorgers kan worden uitgedeeld. TGVO vormde tot dusver wel een onderdeel van het 'pakket' van de cb-artsen doch geen expliciet en systematisch onderdeel. De aandacht die aan TGVO werd besteed was erg afhankelijk van de individuele arts of verpleegkundige. Vanuit het kruiswerk wordt als reden genoemd de traagheid die de ontwikkeling van het kruiswerk in Noordoost Noord-Brabant, zeker waar het de Jeugdgezondheidszorg betreft, kenmerkte. Voorts wordt genoemd de onwennigheid van veel cb-artsen (met name de huisartsen onder hen) zich met (T)GVO bezig te houden.

Wat betreft de samenwerking en ondersteuning ten aanzien van TGVO van buiten de regio kan worden gewezen op de contacten van de dienst jeugdtandzorg met zowel het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO als het Ivoren Kruis. De GVO-medewerkers van de dienst volgen bij het Landelijk Centrum cursussen, bezoeken studiedagen en voeren overleg met andere GVO-consulenten.

Van het Ivoren Kruis wordt documentatiemateriaal afgenomen. Ook wordt voorlichtingsmateriaal dat door de dienst zelf is ontwikkeld, naar het Ivoren Kruis doorgespeeld.

7.5 Bevordering deelname

De bevordering van een zo groot mogelijke deelname aan de jeugdtandzorg in Noordoost Noord-Brabant geschiedt grotendeels door de dienst jeugdtandzorg. Dit wordt als volgt ingevuld. Aan ouders/verzorgers van kinderen tussen 0-2 jaar wordt door middel van schriftelijke informatie en/of door activiteiten van GVO-medewerkers op o.a. peuterspeelzalen, getracht de grondbeginnelen van tandheelkundige preventie duidelijk te maken. Wanneer het kind de leeftijd van twee jaar heeft bereikt wordt vervolgens gewezen op het feit dat de tijd is aangebroken om te beginnen met tandheelkundige verzorging. De kinderen kunnen dan aangemeld worden bij de dienst jeugdtandzorg of bij de huistandarts. De ouders/verzorgers wordt gevraagd ook in het geval van niet-deelname aan de activiteiten van de dienst, het aanmeldingsformulier terug te zenden met vermelding van de gekozen huistandarts. Hierdoor kan onderscheid worden gemaakt tussen de groep die wel en de groep die niet zegt van de diensten van een huistandarts gebruik te maken. Laatstgenoemde groep wordt op gezette tijden opnieuw benaderd.

De tandheelkundige verzorging door de dienst vindt plaats tot aan het eind van de basisschool. Dan wordt de deelnemers bericht

dat deelname aan de jeugdtandverzorging beëindigd moet worden. Men wordt aangezet voortaan naar de huistandarts te gaan.

Centraal in het systeem van de dienst jeugdtandzorg is de vroegtijdige benadering van ouders/verzorgers. Deze heeft twee doelstellingen: enerzijds preventie, anderzijds het bewerkstelligen van een gewenning opdat later eventuele curatieve ingrepen gemakkelijker kunnen worden uitgevoerd. Omdat veel ouders/verzorgers aanmelding op 2-jarige leeftijd te prematuur vinden, worden de informatie en de mogelijkheid tot aanmelding in de daarop volgende jaren herhaald.

Het adressenbestand van de dienst jeugdtandzorg wordt opgebouwd op basis van gegevens van de afdeling bevolking van de gemeenten, gegevens van de provinciale entadministratie te Tilburg en tijdens de behandeling verkregen informatie. Per deelnemer worden zowel gegevens van zakelijke aard (geslacht, leeftijd, geboortedatum, school enz.) als behandelgegevens verzameld. Deze worden in de eigen computer opgeslagen en verwerkt. Privacy-problemen doen zich in deze opzet niet voor.

Wat de financiering van de stimulering van de deelname betreft, deze geschiedt deels door de gemeenten (via de GVO-begroting), deels door ziektenkostenverzekeraars.

Over de deelnamepercentages werd al eerder (zie par. 7.1) gerapporteerd. In het stadsgewest Oss bedraagt de deelname ongeveer 60%, elders ongeveer 40%. Het is niet bekend welk percentage 0-13-jarigen (en 0-19-jarigen) door de totale jeugdtandverzorging (dus inclusief huistandartsen) wordt bereikt.

Voor de risicogroepen is er binnen de regio Noordoost Noord-Brabant speciale aandacht. Veel buitenlandse kinderen maken gebruik van de haal- en brengservice van de dienst. Ook in de (T)GVO worden buitenlandse kinderen afzonderlijk benaderd. De

dienst beschikt over voorlichtingsmateriaal in het Turks en het Marokkaans.

Voorts behoren er tot de deelnemers aan de jeugdtandverzorging van de dienst een groot aantal gehandicapte kinderen. Het gaat om ruim 700 kinderen waarvan een klein deel (± 120) tot intramurale voorzieningen behoort. Ook naar deze kinderen gaat vanuit de dienst jeugdtandzorg speciale aandacht uit.

Binnen de dienst jeugdtandzorg heerst tevredenheid over de wijze waarop de deelname aan de jeugdtandverzorging kan worden gestimuleerd. Een drietal wensen doet zich niettemin voor. De eerste betreft de relatie met de Jeugdgezondheidszorg, hetzij als afdeling van een der basisgezondheidsdiensten, hetzij als zelfstandige schoolartsendienst. Ook door de jeugdartsen wordt (globaal) tandheelkundige inspectie verricht en wordt GVO gegeven. Hun bereik is via de periodiek geneeskundige onderzoeken zeer groot (de kinderen worden tussen 4 en 12 jaar één- of tweemaal gezien) en als zodanig zijn zij van belang voor de stimulering van de deelname aan de jeugdtandzorg. Toch is er maar weinig afstemming tussen hun werkzaamheden en die van de dienst jeugdtandzorg. Een verbetering van de relatie wordt gewenst.

De tweede wens betreft de huistandartsen. Ook door deze laatsten wordt, in het kader van hun curatieve werkzaamheden, deelname aan jeugdtandverzorging gestimuleerd. Door de dienst jeugdtandzorg wordt echter ervaren dat het bij huistandartsen nog wel eens ontbreekt aan de erkenning dat het stimuleren van jeugdtandzorg, met name wanneer het om risicogroepen gaat, aparte deskundigheden vereist die juist binnen de dienst zijn ontwikkeld. Men zou graag zien dat van deze erkenning in grotere mate sprake was.

In de derde plaats leeft de wens hogere deelnemerspercentages te bereiken, met name binnen de risicogroepen die niet of niet re-

gelmatig naar de tandarts gaan. Er zijn nog steeds (te) veel kinderen die van tandheelkundige zorg verstoken blijven.

7.6 Epidemiologie

Voorzover de functie epidemiologie binnen de regio wordt uitgevoerd, gebeurt dit door de dienst jeugd tandzorg. Op twee manieren vindt of vond deze uitvoering plaats.

In de eerste plaats worden gegevens, verkregen uit de curatieve zorg, geregistreerd en geanalyseerd. De conclusies die op basis van deze analyses kunnen worden getrokken zijn van invloed op zowel de curatie zelf als de (T)GVO. Zo is als gevolg van bewerkingen op verrichtingengegevens het sealen ingevoerd (een methode om cariës in kauwvlakken met diepe groeven te bestrijden). Ten aanzien van de (T)GVO is op basis van behandelinggegevens besloten bepaalde scholen in aanmerking te laten komen voor extra voorlichting en tevens de betreffende kinderen de mogelijkheid te bieden om tweemaal per jaar fluoride-applicatie en extra poetsinstructie te ondergaan buiten de normale individuele preventie om, in aansluiting op de halfjaarlijkse controle.

In de tweede plaats is in het verleden epidemiologisch onderzoek uitgevoerd, gericht op de gehele populatie van één of meerdere gemeenten uit de regio. In verband met de beperkte middelen is hierbij wel gebruik gemaakt van de mogelijkheid dit onderzoek te doen uitvoeren door universiteiten. De laatste maal dat een epidemiologisch onderzoek in deze zin plaatsvond was in 1982 (Nieman & Carpay, 1986).

Met deze beschrijving van de activiteiten van de dienst op epidemiologisch gebied is tevens al een belangrijke beperking aangegeven. Er is sprake van een projectmatige aanpak, niet van een systematische, resulterend in continu longitudinaal onderzoek

onder de totale populatie kinderen. Door de dienst wordt dergelijk uitgebreid onderzoek bepaald gewenst. Een tweede wens betreft de vraagstellingen van het onderzoek. Men vindt dat deze breder zouden moeten zijn en relaties leggen met andere gezondheidsaspecten. Immers, zo wordt gezegd, tandheelkundig risico betekent toch vaak ook een risico op andere gezondheidsterreinen.

7.7 Mondhygiënist

Op dit moment is bij de dienst jeugdtandzorg een aantal mondhygiënisten in dienst (in de functie van kindertandverzorgende). Op basis van de door het Rijk gedane toezegging om per 45.000 jeugdigen van 4-19 jaar een mondhygiënist te financieren zou er in de nabije toekomst ook bij de basisgezondheidsdienst(en) plaats zijn voor ± 1.5 mondhygiënist.

7.8 Toekomstvisie

De toekomst van de jeugdtandverzorging in Noordoost Noord-Brabant is binnen deze regio een actueel onderwerp. Ondanks tevredenheid over het werk van de dienst en over de effecten van het werk staat het huidige model ter discussie. Deze discussie heeft met name te maken met de (landelijke) ontwikkeling van de vorming van basisgezondheidsdiensten.

Het feit dat deze laatste wettelijk de taak krijgen zorg te dragen voor de preventie op velerlei gebied roept ten aanzien van de jeugdtandzorg de vraag op of de meerwaardefuncties wel bij een regionale instelling ondergebracht moeten (blijven) worden, dan wel bij de bestaande of te vormen basisgezondheidsdienst(en). Eind 1985 zijn in een gezamenlijke nota van de GGD-

stadsgewest Oss, de Districtsgezondheidsdienst Veghel en de Stichting Jeugdtandverzorging Noordoost Noord-Brabant vier alternatieve toekomstmodellen gepresenteerd:

- A. De Stichting Jeugdtandverzorging wordt opgeheven; de curatieve zorg wordt overgelaten aan de vrijgevestigde tandartsen, de collectief-preventieve taken worden overgeheveld naar de basisgezondheidsdienst (zgn. liquidatiemodel).
- B. Voortzetting van de curatieve zorg in instellingsverband (als particuliere stichting of als maatschap) en overheveling van de collectief-preventieve taken naar de basisgezondheidsdienst (zgn. privatiseringsmodel).
- C. Voortzetting van de huidige stichting in zijn totale omvang, dus inclusief de collectief-preventieve taken (zgn. curatie+meerwaardemodel).
- D. De collectief-preventieve taken worden overgeheveld naar de basisgezondheidsdienst, terwijl ook de curatieve zorg in instellingsverband onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten wordt geplaatst, bijv. in het kader van een gemeenschappelijke regeling (zgn. integratiemodel).

De visie van de betrokken partijen op de toekomst van de jeugdtandverzorging in de regio kan worden afgeleid uit de keuze die binnen deze modellen wordt gemaakt.

De Stichting jeugdtandverzorging zelf kiest voor model D. Voor de meerwaarden zou dit model, aldus de Stichting, de beste waarborgen bieden. Bovendien komt het tegemoet aan wat als het fundament van de jeugdtandzorg wordt beschouwd: de integratie van curatie en preventie. De bijdrage van de gemeenten ten behoeve van de collectief-preventieve taken zou $\pm f\ 0,80$ per inwoner per jaar bedragen (voor bevordering deelname, epidemiologie en (T)GVO resp. $f\ 0,32$, $f\ 0,18$ en $f\ 0,30$; in het huidige systeem wordt voor 1986/1987 gerekend op een bijdrage van $f\ 0,85$ per inwoner). Een probleem van model D vormen echter de financiële

risico's verbonden aan de bestuurlijke betrokkenheid van de gemeenten. Het uitwerken van een constructie waarin de financiële verantwoordelijkheid c.q. risico's voor de gemeenten, voor wat betreft de curatieve jeugdtandzorg, minimaal zijn, zou dan ook een belangrijke voorwaarde zijn voor het realiseren van dit model.

Ook voor de GGD-stadsgewest Oss en de DGD-Veghel gaat de voorkeur uit naar model D. Overheveling van de collectief-preventieve taken naar de basisgezondheidsdienst wordt door hen essentieel gevonden. Het voordeel van model D boven A en B is dat de zorginhoudelijke kant, o.a. ten aanzien van risicogroepen, is gegarandeerd. Voorts betekent de in dit model voorgestelde opzet een versterking van zowel de epidemiologie (samen met de basisgezondheidsdienst Den Bosch hebben de twee basisgezondheidsdiensten in deze regio al een epidemioloog in dienst) als de GVO (de GVO-functionarissen van de Stichting zouden overgaan naar de afdeling GVO van de basisgezondheidsdienst, zodat de presentatie naar de populatie niet meer vanuit twee verschillende invalshoeken plaatsvindt). Onderkend wordt dat de invoeging van de (T)GVO van de dienst jeugdtandzorg in die van de basisgezondheidsdienst problemen zal opleveren. Als nadelen van model D worden door de basisgezondheidsdiensten overigens genoemd het feit dat gemeenten hiermee een stuk curatieve zorg binnen hun organisatie halen (hetgeen men in basisgezondheidsdiensten juist wil vermijden) alsook de financieel-practische kant: bij het niet sluitend krijgen van de begroting (bijvoorbeeld door afname van de deelname) krijgen de gemeenten de last te dragen. In verband met dit laatste wordt het van groot belang geacht dat de drie subregio's (stadsgewest Oss, Uden/Veghel en het Land van Cuyck) in bestuurlijk opzicht één regio trachten te worden, met één basisgezondheidsdienst. Eventuele lasten kunnen dan door de totale regio worden gedragen.

Enigszins tegenover de opvattingen van Stichting en basisgezondheidsdiensten staat de zienswijze van de ziekenfondsen binnen de regio. Door hen wordt model D beschouwd als een situatie waarin de slagvaardigheid van de jeugdtandzorg zal afnemen. Men verwacht dat de gebondenheid aan gemeentelijke regels en structuur vertraging van beleid tot gevolg zal hebben en een verzwakking ten opzichte van de huistandartsen met wie men zich tenslotte, waar het de curatieve kant betreft, in een verhouding van competitie bevindt. Flexibiliteit en slagvaardigheid, aldus de ziekenfondsen, zouden worden ingeruild voor rechtspositionele zekerheid. Men verwacht zelf overigens niet dat model D het zal halen, gezien de aarzelingen van de diverse gemeenten. Zelf pleit men voor een verdergaande vorm van privatisering (modellen B en C). Men is er zich van bewust dat, voor welk model uiteindelijk ook wordt gekozen, de positie van het ziekenfonds zal veranderen. Vanwege de introductie van het nieuwe financieringsstelsel zal men terug dienen te treden uit het Stichtingsbestuur. Van medebeheerder wordt men in de toekomst contractant. De huistandartsen tenslotte zeggen de aanwezigheid van de dienst jeugdtandzorg te waarderen. Met name de vervulling van de meerwaardefuncties vormen een belangrijke bestaansgrond van de dienst. Verdwijning van de dienst (model A) zou een slechte zaak worden gevonden, vooral op lange termijn. Er zouden dan veel minder kinderen worden bereikt, met name uit de 'passieve' groepen. Dit zou tevens betekenen dat er ook minder kinderen zouden 'doorstromen' naar de huistandartsen zelf. Hoewel onder de huistandartsen de modellen nog in discussie zijn, ziet het ernaar uit dat model D de voorkeur krijgt. Modellen B en C zouden, aldus de huistandartsen, de specifieke voordelen van de huidige dienst jeugdtandzorg (bereik risicogroepen o.a.) niet tot hun recht laten komen. Het privatiseringsmodel B, alsook model A (waarbij de tandartsen van de huidige Stichting zich vrij zouden kunnen gaan vestigen in de regio), zou voor de huistandartsen

veel problemen geven en het evenwicht in het veld danig verstoren. Als groot nadeel van model D beschouwt men de afhankelijkheid van de politiek in de vervulling van de meerwaardefuncties.

Alle partijen zijn het er overigens over eens dat, voor welk model ook gekozen wordt, er binnen de regio een georganiseerd verband moet komen waarin alle bij de jeugdtandzorg betrokken instellingen dienen te participeren. In ieder geval zou het hierbij gaan om de basisgezondheidsdienst (afdelingen GVO en jeugdgezondheidszorg, eventuele afdeling jeugdtandzorg), huis-tandartsen, eventuele dienst jeugdtandzorg en Kruisvereniging. De meesten vinden dat dit een tamelijk los verband zou moeten zijn, bijvoorbeeld ingesteld door het regionaal bestuur.

8. DE JEUGDTANDZORG; EEN AANZET TOT EVALUATIE

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de geschetste situatie in de vijf onderzochte regio's, alsmede aan de hand van meer algemene informatie zoals onder meer verkregen vanuit de interviews met een aantal op landelijk niveau werkende organisaties de situatie met betrekking tot de jeugdtandzorg op evaluerende wijze in beeld worden gebracht.

De vragen over de vervulling van de onderscheiden functies en met betrekking tot het samenwerkingsmodel zullen hierbij aan bod komen.

Zoals uit de beschrijvingen van de vijf onderzochte regio's blijkt, is het op dit moment vaak nog niet mogelijk met definitieve antwoorden te komen. De redenen hiervoor zijn met name dat de ontwikkelingen met betrekking tot de vorming van georganiseerde (samenwerkings)verbanden feitelijk nog in een beginstadium verkeren of zelfs nog daadwerkelijk gerealiseerd dienen te worden. Daarnaast zijn momenteel nog geen (betrouwbare) gegevens beschikbaar over de deelname van de jeugdigen aan de jeugdtandzorg. Met name de gegevens over de deelname van risicogroepen zoals gehandicapten en migranten zijn nog zeer onvolledig.

Bovendien zou het op dit moment prematuur zijn causale verbanden te leggen tussen enerzijds gegevens over de deelname van de jeugdtandzorg (of zelfs gegevens over de gezondheidstoestand van de gebitten) en anderzijds de structuur en werkwijze van de georganiseerde verbanden. Resultaten van een bepaalde aanpak kunnen doorgaans pas op langere termijn worden gemeten. Epidemiologische onderzoeken in onder meer Friesland en Den Haag hebben duidelijk gemaakt hoe moeilijk het is dit soort oorzaak-gevolg relaties hard te maken.

Toch heeft dit onderzoek het zeker wel mogelijk gemaakt een aantal knelpunten te signaleren en inzicht te krijgen in de oplossingen die daarbij worden nagestreefd.

Allereerst (§ 8.2 t/m § 8.5) zal daarbij worden ingegaan op de inhoud van de vier onderscheiden functies: tandheelkundige zorg, TGVO, bevordering deelname en epidemiologie. Vervolgens (§ 8.6) zullen vier hoofdmodellen voor de verdeling van de functies worden gepresenteerd, waarbij de voor- en nadelen van de verschillende modellen schematisch aan de orde worden gesteld. De diverse aangetroffen samenwerkingsmodellen in bestuurlijke zin en plannen daartoe zullen vergelijkenderwijs worden gepresenteerd (§ 8.7), waarbij eveneens de voor- en nadelen van de verschillende oplossingen worden weergegeven.

Apart zal worden ingegaan (§ 8.8) op de personele invulling die als wenselijk wordt ervaren voor een goede invulling van de meerwaardefuncties voor de jeugdtandzorg.

In de voorlaatste paragraaf (§ 8.9) zal bij de hierboven geschetste situaties een aantal financiële kanttekeningen worden geplaatst. Tot slot (§ 8.10) zullen de in de inleiding geformuleerde vragen systematisch aan de orde worden gesteld.

8.2 Tandheelkundige verzorging

De tandheelkundige verzorging van de jeugd van 0 tot 19 jaar wordt uitgevoerd door zowel huistandartsen als regionale instellingen (momenteel doorgaans nog diensten JTZ) en gebeurt voor ziekenfondsverzekerden aan de hand van het Besluit Tandheelkundige Hulp Jeugdige Verzekerden Ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1985, 121). Met die regeling kunnen alle jeugdige ziekenfondsverzekerden van 0-19 jaar aanspraak maken op integrale tandheelkundige hulp.

In alle regio's wordt te kennen gegeven dat dit in principe een goede tandheelkundige verzorging waarborgt. Of er zich knelpunten zullen gaan voordoen in de verzorging van de jeugd in het algemeen en de te onderscheiden risicogroepen is momenteel nog niet bekend.

Vanuit de VNZ zal het nieuwe systeem, dat gebaseerd is op een budgetsysteem, in samenwerking met de NMT worden geëvalueerd, met name ook wat betreft aspecten als kostenbewaking en dergelijke.

In geen van de onderzochte regio's wordt een tekort aan tandartsen gesignaleerd.

Knelpunten die worden gesignaleerd houden verband met de verzorging van risicogroepen. Drie groepen die als zodanig in de praktijk worden benoemd zijn:

- kinderen met een grote angst voor de tandarts of met ouders/verzorgers die vaak uit angst zelf niet naar de tandarts gaan;
- migranten; vooral door migranten werd in belangrijke mate gebruik gemaakt van de diensten voor de jeugdtandverzorging; er zijn duidelijke aanwijzingen dat het percentage jeugdigen uit deze groep (met name zij die ouder zijn dan 12 jaar) dat niet (meer) naar de tandarts gaat vrij hoog is;
- lichamelijk en geestelijk gehandicapten, verband houdend met enerzijds de moeilijke verzorging van de hygiëne van het gebit, anderzijds met de vaak grotere complexiteit van de behandeling.

De oplossing van de knelpunten bij de eerstgenoemde categorie jeugdigen lijkt vooral te liggen in TGVO-activiteiten en eventueel een oproepsysteem. Zie hiervoor de afzonderlijke paragrafen. Op de knelpunten ten aanzien van beide laatstgenoemde categorieën zal apart worden ingegaan.

migranten

In de literatuurstudie van het NIPG/TNO 'Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg' (Gründemann, 1985) wordt onder meer ingegaan op de deelname van migranten aan de jeugdtandverzorging, de deelname aan de (huis)tandartsenzorg en op de toestand van het gebit.

In deze studie wordt nog geconcludeerd dat er ten aanzien van de deelname van migrantenkinderen aan de jeugdtandverzorging weinig gegevens bestaan. Recente studies vanuit de diensten jeugdtandverzorging in Den Haag, Haarlem en Amsterdam tonen aan dat migranten in sterke mate gebruik maken van de diensten van de jeugdtandverzorging. Zo blijkt uit een studie uitgevoerd op verzoek van de gemeente Haarlem (D. Kapelle, 1984) dat het percentage aan de JTZ deelnemende buitenlandse kinderen 58% bedraagt; 19% heeft geen tandarts, 23% is bij een huistandarts ingeschreven.

Bij de Haagse jeugdtandverzorgingsdienst is aan de hand van de gegevens over 1984 de deelname van de migranten nagegaan (Den Haag, 1985). De deelname van zowel migranten als Nederlandse jeugdigen (5-12 jaar) wordt hieronder per bevolkingsgroep weergegeven (tabel 8.1).

Tabel 8.1 Percentage 5-12 jarige deelnemers aan de jeugdtandverzorging in Den Haag per bevolkingsgroep

	deelnemerspercentage aan stv
1. Europese mediterranen	31%
2. Turken	79%
3. Afrikaanse mediterranen	70%
4. Overige buitenlanders	26%
5. Surinamers	76%
6. Antillianen	41%
7. Overige Hagenaars	20%

Duidelijk blijkt uit deze gegevens het hoge percentage deelnemende migranten in vergelijking met de deelname van de Nederlandse jeugdigen.

De meest recente studie naar de tandheelkundige zorg voor migranten is uitgevoerd in Amsterdam (Onderzoek naar het tandartsenbezoek van adolescenten naar etnische groepering; Polderman, 1985). Belangrijk resultaat uit deze studie is het gegeven dat de tandheelkundige verzorging gedurende de basisschool zeer goed genoemd kan worden. Gedurende het basisonderwijs wordt op grote schaal gebruik gemaakt van diensten van jeugdtandartsen. Met name de allochtone bevolking maakt hiervan in sterke mate gebruik.

De tandheelkundige verzorging van de leerlingen van de tweede klas van het voortgezet onderwijs blijkt daarentegen aanzienlijk minder gunstig, met name wat betreft de verzorging van de migranten.

Polderman doet op basis van de bevindingen wat betreft de tandheelkundige behandeling twee belangrijke aanbevelingen:

1. de jeugdtandverzorging dient voor het basisonderwijs te worden behouden;
2. de dienstverlening van de jeugdtandverzorging zou dienen te worden uitgebreid naar scholen voor het voortgezet onderwijs, met name op scholen met een hoog percentage allochtonen.

Daarnaast worden ook aanbevelingen gegeven ten aanzien van TGVO activiteiten door onder meer het ziekenfonds, de scholen en de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GG en GD en wordt aanbevolen een oproepsysteem te realiseren.

Uit bovengenoemde publicaties moge duidelijk zijn dat migranten in belangrijke mate gebruik maken van de diensten jeugdtandverzorging.

TGVO-activiteiten en een oproepsysteem zullen wellicht na verloop van tijd kunnen bevorderen dat migranten in dezelfde mate

gebruik gaan maken van de huistandartsenzorg als de Nederlandse bevolking.

Vooralsnog lijken er voldoende redenen om in regio's waarin aanzienlijke concentraties migranten zijn de huidige jeugdtandverzorging voort te zetten, zoals zowel in Den Haag als Noord-oost Noord-Brabant wordt overwogen.

Overigens kan ten aanzien van dit punt nog vermeld worden dat bij de momenteel nog resterende 16 diensten voor de jeugdtandverzorging er in 12 verzorgde regio's sprake is van aanzienlijke concentraties migranten (ter Sluis, 1985).

gehandicapten

In alle beschreven regio's wordt speciale aandacht gegeven aan de zorg voor gehandicapten. In Den Haag en Noordoost Noord-Brabant gebeurt dit vanuit de diensten voor de jeugdtandverzorging. In de overige drie regio's bleek het echter noodzakelijk extra aandacht te geven aan de verzorging van zowel geestelijk als lichamelijk gehandicapten.

In Friesland is met behulp van een wachtgeldregeling van een vroegere jeugdtandarts een aparte voorziening opgezet, verbonden aan/in de directe omgeving van een aantal organisaties die betrokken zijn bij de verzorging van gehandicapten; een structurele oplossing vormt dit echter niet.

In Zeeland is gespeeld met de gedachte tot realisering van een soort tussenvoorziening tussen de huistandarts en een 9b centrum*. De ideeën daaromtrent zijn echter nog niet uitgekristalliseerd.

Problemen die zich in Zeeland voordoen zijn:

- de bereikbaarheid van een aantal praktijkruimtes met een rolstoel;

*Tandheelkundige centra ten behoeve van geestelijk/lichamelijk gehandicapten.

- lange behandelduur van gehandicapte patiënten.

Ook in Veenendaal is apart aandacht gegeven aan de gehandicapten.

Waar nodig worden de gehandicapten opgehaald en naar de tandarts gebracht.

De noodzaak voor het treffen van (tussen)voorzieningen zoals zijn gerealiseerd in Friesland en waarover wordt gedacht in Zeeland, is in belangrijke mate afhankelijk van de nadere invulling van de te realiseren 9b centra. De schaal waarop een dergelijke voorziening wordt gerealiseerd (gedacht wordt aan 1:300.000 inwoners), de bereikbaarheid in fysieke en psychische zin en de opstelling van de huistandartsen zullen bepalend zijn voor de noodzaak per regio nog andere speciale opvangmogelijkheden te realiseren voor geestelijk/lichamelijk gehandicapten.

8.3 TGVO

In alle vijf beschreven regio's wordt gestructureerd gewerkt aan TGVO-activiteiten. Enerzijds zijn dit activiteiten die sterk verweven zijn met de zorgverlening voor de individuele cliënt (bijvoorbeeld bij de behandeling van een tandarts of het bezoek aan een consultatiebureau). Deze activiteiten, die doorgaans worden aangeduid met individuele TGVO, worden onder meer verricht door tandartsen, mondhygiënist, jeugdartsen, CB-artsen en verpleegkundigen.

Collectieve TGVO wordt in de onderzochte regio's met name gegeven vanuit de basisgezondheidsdiensten van Den Haag en Zeeland, de vijf Friese basisgezondheidsdiensten, de gemeenten Veenendaal en Den Haag, de diensten voor de jeugdtandverzorging Noordoost Noord-Brabant en Den Haag en de Provinciale Friese Kruisvereniging. Daarnaast zijn ook andere organisaties betrokken bij collectieve TGVO activiteiten, zoals bijvoorbeeld de samenwerkings-

verbanden GVO; deze laatste activiteiten hebben doorgaans echter een minder specifiek TGVO karakter.

De disciplinaire achtergrond van de functionarissen die belast zijn met de TGVO-activiteiten is in vier gevallen een mondhygiënist, namelijk in Den Haag, Zeeland, Veenendaal en Noordoost Noord-Brabant.

In een meerderheid van de gevallen betreft het functionarissen met een meer algemene GVO-opleiding of personeel dat apart is (bij)geschoold om TGVO-activiteiten uit te voeren.

De meestgenoemde TGVO-activiteiten zijn:

- deskundigheidsbevordering van intermediairen zoals leerkrachten, jeugdartsen, CB-artsen en -verpleegkundigen;
- ontwikkeling van lesprogramma's voor het basisonderwijs;
- uitvoering van lesprogramma's op de basisscholen (ook als voorbeeldfunctie);
- begeleiding van het fluoride-spoelen op de scholen;
- opstelling van voorlichtingsplannen;
- ontwikkeling van TGVO-materialen;
- voorlichting op ouderavonden en aan migranten;
- bevordering tandartsbezoek.

Knelpunten ten aanzien van de TGVO doen zich met name voor wat betreft de spanning die er is tussen enerzijds TGVO en anderzijds algemene GVO. TGVO-activiteiten kunnen niet los worden gezien van andere GVO-activiteiten. Dit geldt zowel voor de inhoud van de voorlichting (bij voedingsvoorlichting zal de T geïntegreerd zijn in de totale voorlichting) als voor de aard van de GVO-activiteiten. Bij dit laatste kan in concreto worden gedacht aan zaken als beleidsadvisering, ontwikkeling van schoolwerkplannen, deskundigheidsbevordering van intermediairen over voorlichtings-strategieën en dergelijke.

Dit pleit er sterk voor de TGVO-functie onder te brengen bij de algemene GVO-functie. Het bezwaar dat daar met name vanuit de tandheelkundige professie tegenin wordt gebracht is dat TGVO al

snel ondergesneeuwd zou kunnen raken bij algemene activiteiten, waardoor de specifieke TGVO te weinig accent krijgt.

8.4 Bevordering deelname

De methoden om te bevorderen dat de jeugd tijdig en regelmatig de tandarts bezoekt kunnen sterk variëren. Het ene uiterste vormt een systeem waarbij alle jeugdigen bij elk bezoek centraal worden opgeroepen en waarbij een terugkoppelingsmechanisme is opgezet (antwoordkaart) om te controleren of het bezoek daadwerkelijk is afgelegd. Het andere uiterste is om de bevordering in zijn geheel over te laten aan beroepsuitoefenaren bij onder meer de consultatiebureaus, de schoolartsendiensten of huistandartsen.

Beide uitersten worden in de onderzochte regio's aangetroffen met daarbij een aantal tussenvormen.

Een van de vragen die zich bij de beslissing om een oproepsysteem op te zetten voordoet is de vraag naar de bestaande deelname aan de jeugdtandverzorging. Als die deelname 90% is, is het dan noodzakelijk om een oproepsysteem op te zetten? En wat is de opbrengst van een dergelijk systeem?

De verwachtingen dat de extra opbrengst marginaal zal zijn, is er in één geval (Zeeland) de reden voor om aan de opzet van een oproepsysteem een minder hoge prioriteit toe te kennen.

Van cruciaal belang voor het slagen van een oproepsysteem met terugkoppeling middels een antwoordkaart is de (volledige) medewerking van de (huis)tandartsen en de jeugdigen. Indien een aanzienlijk percentage van de tandartsen of jeugdigen niet meewerkt, levert het oproepsysteem feitelijk geen of nauwelijks bruikbare gegevens op. Gegevens vanuit nazorgsystemen van de jeugdtandartsendiensten in zowel Den Haag als Friesland komen uit op een respons van rond 60%. Onbekend is of de 40% non-res-

pons wordt veroorzaakt door verloren gegane kaarten, jeugdigen die niet (meer) naar de tandarts gaan of tandartsen die de kaarten niet terugzenden.

Het beheer van het oproepsysteem ligt in één van de regio's bij de gemeente (Veenendaal) en in twee regio's bij de dienst JTZ. In de twee overige regio's functioneert nog geen oproepsysteem. In Friesland wordt erover gedacht het oproepsysteem te koppelen aan de entadministratie van de Provinciale Friese Kruisvereniging. Voorwaarde voor de uitvoering is dat dit kostendekkend zou moeten plaatsvinden.

Doorgaans wordt bij de opzet van een oproepsysteem uitgegaan van een éénmalige oproep in de leeftijd van 2 à 3 jaar. In geen van de regio's wordt overwogen een oproepsysteem zoals dat in Veenendaal functioneert op te zetten, waarbij de gemeente feitelijk een deel van de administratie van de huistandartsen op zich heeft genomen. Bezwaren die tegen het Veenendaalse oproepsysteem worden geuit zijn deels financieel (zie 8.9) deels ook inhoudelijk. Met name ingegeven door de vrees dat de deelname aan de JTZ sterk zou kunnen dalen als de kinderen na hun 12e jaar niet meer centraal worden opgeroepen en zij op eigen initiatief naar de tandarts dienen te gaan.

8.5 Epidemiologie

Epidemiologisch onderzoek met betrekking tot de jeugdtandzorg wordt in de regio's zelf nog weinig uitgevoerd. De twee organisaties waarbij dit met name plaats vindt zijn de beide diensten voor jeugdtandverzorging. Het betreft daarbij doorgaans de verwerking van gegevens over de uitgevoerde handelingen en de deelname vanuit bepaalde bevolkingsgroepen. Gegevens die overigens voor het regionale beleid zeer relevant kunnen zijn.

Epidemiologisch onderzoek, in de zin van op basis van zo objectief mogelijke criteria vastleggen van ontwikkelingen met betrekking tot de gezondheidstoestand van het gebit, is op regionaal niveau (uitgevoerd met in de regio aanwezige expertise) nauwelijks mogelijk. Voor dergelijke studies kan en wordt een beroep gedaan op daarin gespecialiseerde instellingen zoals de sector Tand- en Mondziekten van het NIPG/TNO of universitaire vakgroepen.

In een aantal regio's speelt momenteel de vraag of jeugdartsen en CB-artsen een bijdrage kunnen leveren bij globale epidemiologische analyses met betrekking tot de verzorging van het gebit. Deze vraag zou dan bij uitstek bedoeld zijn om door de genoemde beroepsgroepen na te laten gaan of de jeugdigen al dan niet naar de tandarts gaan en of er buurten of scholen zijn waarin extra aandacht aan TGVO gegeven zou moeten worden.

Zoals uit de regio-beschrijvingen al duidelijk is geworden, zijn de meningen hierover verdeeld, met name de tandartsen zijn van mening dat feitelijk alleen zij oordeelkundig in de mond kunnen kijken, juist ook om eventuele gebitsafwijkingen te kunnen constateren. Vanuit een aantal geledingen wordt echter betoogd dat een jeugdarts of CB-arts heel goed enige informatie over de verzorging van het gebit zou kunnen verzamelen. Bijvoorbeeld informatie over tandartsbezoek en globale informatie over de gezondheidstoestand van het gebit. In verschillende regio's is men zich op dit aspect aan het oriënteren. De al eerder genoemde studie van Polderman (1985) is een illustratie voor het feit dat jeugdartsen een duidelijke rol kunnen spelen bij de uitvoering van epidemiologisch en beleidsondersteunend onderzoek.

Voorts werd de mogelijkheid naar voren gebracht zo nodig de mondhygiënist steekproefsgewijs aanvullend onderzoek te laten uitvoeren naar de verzorging van het gebit, bijvoorbeeld in scholen voor speciaal onderwijs.

8.6 Functionele modellen

Op basis van de informatie van zowel de diverse regio's als de op landelijk niveau functionerende organisaties, kan in aansluiting op de in hoofdstuk twee gepresenteerde modellen worden geconcludeerd dat er diverse hoofdmodellen zijn te onderscheiden met betrekking tot de uitvoering van de functies JTZ.

Deze hoofdmodellen zullen in deze paragraaf worden besproken.

Alvorens deze hoofdmodellen te presenteren zal schematisch worden aangegeven welke organisaties in de regio, welke functies (kunnen) uitvoeren. Aangegeven is de meest waarschijnlijke functieverdeling, zoals die in de onderzochte regio's zijn beslag lijkt te krijgen/heeft gekregen.

In principe is het echter mogelijk dat in de regio op basis van samenwerking een enigszins afwijkende functieverdeling tot stand zou kunnen komen.

In schema 8.1 wordt dit in beeld gebracht, waarbij met een * is aangegeven waar het accent van de uitvoering ligt.

In schema 8.1 zijn niet genoemd tal van andere mogelijke organisaties en werkers die bij de collectieve meerwaardefuncties een rol kunnen spelen zoals verloskundigen, kraamverzorgsters, fysiotherapeuten, huisartsen, apothekers etc.

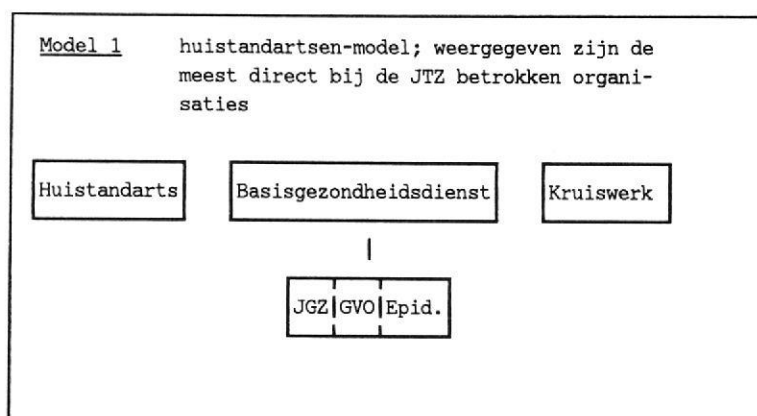
Schema 8.1 Functieverdelingsmatrix

Instelling/ organisatie	functies				
	tandheel- kundige	individuele TGVO	collectieve TGVO	bevordering deelname	epidemio- logie
huistandartsen	*	*			
	gezinsbe- handeling	aan de stoel		te realise- ren in sa- menwerking met de ba- sisgezond- heidsdienst	via huis- tandartsen mogelijk gegevens verkrijg- baar
regionale instellingen	*	*			
	jeugd risico- groepen	aan de stoel	uitvoering collectief preventieve ta- ken is in principe mogelijk, echter financiële belemmeringen		
basisgezond- heidsdiensten (GVO, JGZ, Epid)		*	*	*	*
		vanuit JGZ tij- dens het PGO	uitvoering collectief preventieve ta- ken wordt nagestreefd, met name bij de realisatie van een specifieke tand- heelkundige functie liggen er goede mogelijkheden		
kruiswerk		*			
		vanuit CB's 0-4- jarigen	kruiswerk heeft in principe wel moge- lijkheden, echter beperkt tot 0-4 jarigen: heeft doorgaans geen hoge prioriteit		
ziekenfonds					in principe komen t.z.t. gegevens be- schikbaar over de deelname aan de JTZ
onderwijs			onderwijs- zend perso- neel be- langrijke interme- diairs		

Met een * is aangegeven waar het accent van de uitvoering ligt/likt te komen liggen.

De hoofdmodellen die zijn te onderscheiden verschillen met name wat betreft de vervulling van de curatieve functie. De benoeming van de modellen is gebaseerd op het meest saillante kenmerk van het model.

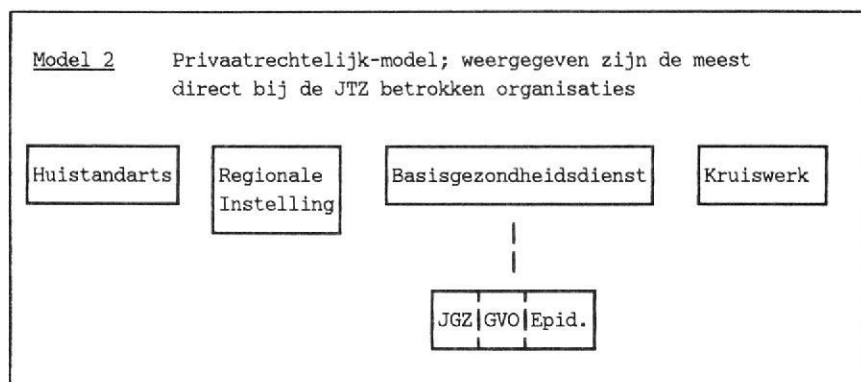
Model 1 (het huistandartsen model) is een model waarbij de tandheelkundige verzorging geheel wordt uitgevoerd door de huistandartsen. De basisgezondheidsdienst vervult de meerwaardefuncties, in samenwerking met het kruiswerk. Deze laatste organisatie richt zich met name op de categorie 0-4 jarigen.



Bij model 2 (het privaatrechtelijk model) wordt de tandheelkundige verzorging uitgevoerd door zowel de huistandartsen als de regionale instelling. In dit model staat de regionale instelling los van de basisgezondheidsdienst, zij functioneert min of meer als een zelfstandige groepspraktijk van tandartsen waarin men zich speciaal richt op de jeugd.

Een variant op dit model is er een waarbij tussen huistandartsen en regionale instelling afspraken worden gemaakt over de verzorging van risicogroepen (dit laatste wordt dan ter hand genomen door de regionale instelling). Hoewel dit een variant is die in enkele regio's is overwogen, doen zich bij de realisering van een dergelijk risicogroepmodel belangrijke financiële belemme-

ringen voor, met name in verband met de tijdrovendheid van de behandeling. In een dergelijke constructie kan een regionale instelling op basis van de huidige financiële regelingen niet kostendekkend werken.



In hoofdmodel 3 (het publiekrechtelijk model) wordt de tandheelkundige verzorging van de jeugd naast de huistandartsen verzorgd door een regionale instelling die is ondergebracht bij een basisgezondheidsdienst. Er zijn in dit model met name goede mogelijkheden om de preventieve activiteiten van de regionale instelling af te stemmen op de activiteiten van de andere afdeling van de basisgezondheidsdienst.

Voor de basisgezondheidsdienst (dus de gemeenten) brengt deze constructie wel een zeker financieel risico met zich mee, als de regionale instelling er niet in zou slagen kostendekkend te werken.

Model 3 Publiekrechtelijk-model; weergegeven zijn de meest direct bij de JTZ betrokken organisaties

Huistandarts

Basisgezondheidsdienst

Kruiswerk

R.I. | JGZ | GVO | Epid.

Ook bij dit hoofdmodel 3 is evenals bij model 2 een risicogroepen-variant mogelijk, echter met evidente financiële problemen. Andere varianten die denkbaar zijn, zijn afhankelijk van bijvoorbeeld de eventuele afwezigheid van een basisgezondheidsdienst in de regio of van de eventuele betrokkenheid van andere organisaties, zoals onderwijs, ouders, ziektekostenverzekeraars, gemeenten en samenwerkingsverbanden GVO. Het zwaartepunt van het model zal echter praktisch altijd liggen op de organisaties zoals die in de bovenstaande hoofdmodellen zijn geschetst.

In schema 8.2 worden de voor- en nadelen van de hoofdmodellen weergegeven zoals deze door de diverse organisaties op regionaal en landelijk niveau zijn genoemd en zoals ze in de voorgaande paragrafen zijn beschreven. De onderscheiden modellen zijn (kort samengevat).

- Huistandartsen model, verzorging curatieve functies uitsluitend door huistandartsen.
- Privaatrechtelijk model, verzorging curatieve functies door huistandartsen en regionale instelling op privaatrechtelijke basis.
- Publiekrechtelijk model, verzorging curatieve functies door huistandartsen en regionale instelling die deel uit maakt van een basisgezondheidsdienst.

- Risicogroep model, variant op beide laatstgenoemde modellen, waarbij de regionale instelling zich uitsluitend richt op de verzorging van risicogroepen.

Schema 8.2 Gesignaleerde voor- en nadelen bij de functionele modellen

Functionies	1 huistandartsen- model	2 privaatrechte- lijkmodel	3 publiekrechte- lijkmodel	4 risicogroepmodel
Tandheelkundige verzorging				
- algemeen	+ gezins- benadering	+ keuzemoge- lijkheid gezin/jeugd	+ keuzemoge- lijkheid gezin/jeugd	+ gezins- benadering en speciale benadering risicogroep
- risicogroepen	- tenzij er aparte aan- dacht aan wordt gegeven	+ vooral voor ouders die zelf niet naar de tandarts gaan allochtonen	+ vooral voor ouders die zelf niet naar de tandarts gaan allochtonen	+ maximale op- vang gehandi- capten - mogelijke stigmatisering - in huidige situ- atie financieel moeilijk reali- seerbaar
	- gehandicapten in veel prak- tijk moeilijk op te vangen	- voor gehandi- capten i.v.m. de eis commer- cieel te wer- ken	- voor gehandi- capten i.v.m. de eis commer- cieel te wer- ken	
Individuele TGVO	± afstemming t.o.v. collec- tieve prev. <u>kan</u> problemen geven	+	+	± afstemming t.o.v. collec- tieve prev. <u>kan</u> problemen geven + speciale aandacht voor risicogroepen
Collectieve TGVO	± wordt uitge- voerd door BaGD kan on- dersneuwen bij algemene GVO- activiteiten	± wordt uitge- voerd door BaGD kan on- dersneuwen bij algemene GVO-activitei- ten	+ in principe aandacht voor tand- heelkundige aspecten verzekerd	+ specifieke col- lectieve prev. voor risicogroe- pen beter ge- waarborgd

vervolg schema 8.2

Functies	1 huistandartsen- model	2 privaatrechte- lijkmodel	3 publiekrecht- lijkmodel	4 risicogroepmodel
Bevordering deelname	± in principe goede moge- lijkheden echter afhan- kelijk van medewerking jeugd en huis- tandarts	+ idem en extra opvang risi- cogroepen	+ idem en extra opvang risi- cogroepen	+ idem en extra op- vang risicogroepen
Deelname JTZ	+ met het huidige verstrekkingensysteem worden bij geen enkel model knelpunten ervaren voor de jeugd in het algemeen			
	- risico- groepen	+ risico- groepen met name allochtonen	+ risico- groepen met name allochtonen	+ risico- groepen met name gehandicapten
Epidemiologie	?	?	?	?
	De tandheelkundige epidemiologische functie op regionaal niveau is momenteel nog weinig ontwikkeld en lijkt ook slechts op beperkte schaal mogelijk (§ 8.5)			
Kosten voor gemeenten	+ maximale dui- delijkheid	+ maximale dui- delijkheid	- eventuele tekorten voor rekening ge- meenten	+/- afhankelijk van privaatrechte- lijke of pu- bliekrecht- lijke con- structie
Kosten voor ziektekosten verzekeraars	?	?	?	- extra financiële middelen noodza- kelijk

+ positief en/of geen knelpunten voorzien
± neutraal en/of weinig knelpunten voorzien
- negatief en/of veel knelpunten voorzien
? onbekend, is nog weinig uitgekristalliseerd.

Uit dit schema kan worden geconcludeerd dat alle gepresenteerde modellen zowel voor- als nadelen hebben. Afhankelijk van de situatie in de regio dient een adequate oplossing gezocht te worden.

De aanwezigheid van aanzienlijke concentraties migranten kan bijvoorbeeld een belangrijke overweging zijn een regionale instelling in stand te houden of in ieder geval er zorg voor te dragen dat er extra mogelijkheden komen voor TGVO en voor de bevordering van deelname aan de jeugdtandzorg.

8.7 Bestuurlijke samenwerkingsmodellen

In de vijf onderzochte regio's zijn in bestuurlijke zin verschillende oplossingen gevonden voor de realisatie van een georganiseerd (samenwerkings)verband voor de jeugdtandzorg.

Hierbij dient vooraf opgemerkt te worden dat op het moment van uitvoering van het onderzoek in twee regio's nog een stichting jeugdtandverzorging functioneerde. In beide gevallen hebben in de stichtingsbesturen organisaties zitting als: gemeente(n), afdeling(en) van de NMT, basisgezondheidsdienst en ziekenfonds(en). In beide regio's zal die situatie veranderen indien de stichtingen worden omgezet in regionale instellingen voor de jeugdtandverzorging. In deze paragraaf zal waar het deze beide regio's betreft worden uitgegaan van de ideeën met betrekking tot de toekomstige bestuurlijke vormgeving.

In de vijf onderzochte regio's zijn de volgende bestuurlijke 'modellen' aangetroffen:

- commissie van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid;
- werk-/projectgroepen verbonden aan de basisgezondheidsdienst;
- stuurgroep verbonden aan de gemeente;
- commissie van advies en bijstand ex artikel 62 van de gemeentewet (nog niet gerealiseerd).

In één regio waren de gedachten over de bestuurlijke samenwerking nog weinig uitgekristalliseerd; wel sprak men een voorkeur uit voor een vrij lichte vorm van samenwerking.

Laatstgenoemde voorkeur wordt, in verschillende bewoordingen, in alle regio's uitgesproken. Gesproken wordt over: "niet vergaderen om het vergaderen" en "niet samenwerken om het samenwerken". Waar men evenwel behoefte aan heeft is een soort 'vangnetfunctie': mochten er zich knelpunten in de samenwerking of afstemming voordoen, dan dienen er goede mogelijkheden te zijn om hier overleg over te plegen.

Tegenover het uitgangspunt dat samenwerking op zo licht mogelijke basis dient te worden gerealiseerd, wordt in vier van de vijf regio's bij de huidige ontwikkelingen als bezwaar naar voren gebracht, het weinig verplichtende karakter van de samenwerking. Vooral de vaak individualistische opstelling van een groot aantal huistandartsen wordt als knelpunt ervaren. Het is daardoor moeilijk om tot eenduidige werkafspraken te komen.

Met name bij de opzet van een oproepsysteem of bij afspraken over het gebruik van fluoride, wordt het als noodzakelijk ervaren duidelijke en bindende afspraken te maken.

In schema 8.3 worden de regio's wat betreft hun bestuurlijke structuur vergeleken. Hierbij is een aantal aspecten onderscheiden zowel met betrekking tot de inhoud en doelstelling van de samenwerking als met betrekking tot de deelname van een aantal (potentiële) participanten aan het samenwerkingsverband.

Schema 8.3 Structuur en werkwijze samenwerkingsverband JTZ

Aspecten	Regio's					Opmerkingen
	Friesland	Den Haag	No-N-Brabant	Veenendaal	Zeeland	
formulering doelstelling	+	In deze beide regio's functioneert momenteel nog een stichting jeugdtandzorg		+	+	
structuur samenwerkingsverband	0			+	+	doorgaans wordt een lichte structuur bepleit, vaak als 'vangnet' voor het geval er iets mis mocht gaan
functioneren samenwerkingsverband	+			0	+	
functioneren samenwerkingsverband (in de praktijk)	0	Contacten vinden onder meer plaats binnen het bestuur van de stichting en zijn daarnaast vaak bilateraal		+	+	
participatie basisgezondheidsdienst	0			-*)	+	basisgezondheidsdiensten bereid uitvoering meerwaardefuncties op zich te nemen
participatie Kruiswerk	+	Bij de omvorming naar een regionale instelling zal deze situatie gewijzigd worden		-	0	kruiswerk staat doorgaans heel welwillend tegenover JTZ, het heeft echter geen prioriteit
participatie NMT afdeling	+			+	+	bereidheid tot participatie bij afd. besturen NMT doorgaans vrij groot
participatie huistandartsen	0			+	0	huistandartsen stellen zich doorgaans vrij individueel op
participatie ziektekostenverzekeraars	0			0	0	onduidelijk over rol en vertegenwoordiging ziektekostenverzekeraars
participatie onderwijs en dergelijke	n.v.t.			+	+	
Sterkste punten regio	brede samenwerking in afwachting regionalisatie provinciale voorlopige structuur	Stichting speelt centrale rol	bilaterale contacten van Stichting JTZ met overige betrokkenen	contacten tussen gemeente en huis-tandartsen	Werk-groep- en projectge-wijze opzet	

*) betreft schoolartsendienst

+ positief en/of geen knelpunten voorzien

± neutraal en/of weinig knelpunten voorzien

- negatief ervaren en/of veel knelpunten voorzien

? onbekend i.v.m. in gang zijnde ontwikkelingen

Op basis van de in bovenstaand schema beknopt weergegeven informatie kan worden geconcludeerd dat er in wezen niet één bestuursstructuur is die de algemene voorkeur geniet. Daarvoor is men te afhankelijk van de specifieke kenmerken van de regio en de schaal waarop men de samenwerking wenst te realiseren.

Indien men uitgaat van de meest waarschijnlijke situatie, namelijk dat de schaal van de samenwerking gerealiseerd zal worden aansluitend op de regio van de basisgezondheidsdienst, dan lijkt vooral in de beginfase van de samenwerking het werken met werken projectgroepen ondersteund vanuit de basisgezondheidsdienst heel goed te kunnen functioneren. De 'vangnetfunctie' kan daarbij eventueel worden gerealiseerd door de realisatie van een breed plenair overleg en/of het maken van een aantal schriftelijk vastgelegde afspraken over doel en bevoegdheden van het overleg.

8.8 Personele aspecten bij de vervulling van de meerwaardefuncties

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de personele inzet die op regionaal niveau nodig is voor de uitvoering van de meerwaardefuncties, voor zover deze tenminste geen integraal onderdeel uitmaken van het takenpakket (zoals het geval is bij jeugdartsen en CB-artsen).

In het concept Richtlijnen en Kwaliteitseisen (WVC, Rijswijk, juli 1986) in het kader van de integrale invoeringsprojecten van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) wordt als onderdeel van de preventieve en positieve zorg ten behoeve van jeugdigen onder meer genoemd: "groepsgerichte preventieve tandheelkundige zorg inclusief TGVO in onderlinge afstemming met de individuele tandheelkundige behandeling". Voor de uitvoering van die taak wordt ten behoeve van de basisgezondheidsdienst 1 full-time

equivalent mondhygiënist genoemd per verzorgingseenheid van 45.000 jeugdigen van 4-19 jaar (ca. 200.000 inwoners).

In de regio Zeeland waar momenteel op experimentele basis een mondhygiënist bij een basisgezondheidsdienst is ingezet worden de volgende taken vervuld:

- TGVO;
participeren in projectgroepen die een lesprogramma voor de basisscholen voorbereiden;
jaarlijks bezoek aan alle basisscholen en scholen voor buitengewoon onderwijs;
organiseren van na- en bijscholing van intermediairen;
- organisatie van het klassikaal fluoride-spoelen;
- meewerken aan epidemiologie en informatieverwerking;
- opzetten van een oproepsysteem.

De mondhygiënist fungeert hierbij als centraal aanspreekpunt voor het tandheelkundige aspect van de basisgezondheidsdienst.

Hier en daar wordt opgemerkt dat het wat prematuur is om te kiezen voor een mondhygiënist, omdat de uit te voeren taken nog weinig uitgekristalliseerd zijn. Volgens enkele gesprekspartners uit de kring van de basisgezondheidszorg zou het te overwegen zijn de regio's een grotere vrijheid te geven om de personele invulling zelf te verzorgen. Daarbij denkt men dan onder meer aan het inzetten van personeel dat voorheen was verbonden aan de diensten voor de jeugd tandzorg.

In het advies van de VDB van oktober 1984 wordt daarover opgemerkt dat er verschillen zijn wat betreft opleiding en ervaring van de aanwezige GVO-functionarissen. Bij overname c.q. integratie van taken dient met deze verschillen rekening te worden gehouden.

Daarnaast is van belang het door de NMT bij diverse gelegenheden naar voren gebrachte standpunt dat een beleidsmatige tandheelkundige functie bij een basisgezondheidsdienst door een tandarts

dient te worden vervuld. Dit aspect is eveneens in de meeste regio's naar voren gekomen.

In één van de regio's is een coördinerend tandarts op vrijwillige basis werkzaam bij de basisgezondheidsdienst. De taken die deze daarbij uitoefent zijn:

- inhoudelijke supervisie op de ontwikkeling van het lespakket voor het basisonderwijs;
- begeleiding van de mondhygiënist;
- voorlichting op ouderavonden;
- instructie/nascholing intermediairen;
- relaties onderhouden met de huistandartsen;
- structureren van de samenwerking huistandarts en mondhygiënist in het buitengewoon onderwijs.

Vanuit de bij de jeugdtandzorg betrokken organisaties wordt er echter nogal verschillend gedacht over de realisering van een functie bij een basisgezondheidsdienst op het niveau van een tandarts. Er zijn zowel stemmen die pleiten vóór de realisatie van een dergelijke functie als stemmen die pleiten tégen.

Genoemde argumenten voor zijn (met name uit de kring van de NMT en de diensten JTZ):

- tandheelkundige ondersteuning van de mondhygiënist;
- bij overleg met huistandartsen kunnen onderhandelen vanuit een collegiale positie;
- realisering van een epidemiologische functie door inbreng van specifieke tandheelkundige kennis;
- op beleidsmatig terrein is de inbreng van de tandarts essentieel.

Genoemde argumenten tegen zijn (met name uit de kring van de basisgezondheidszorg):

- tandarts is overgekwalificeerd voor een dergelijke functie;
- tandarts mist een opleiding die specifiek is voor zaken als TGVO, stimulering samenwerking en epidemiologie;

- begeleiding mondhygiënist kan worden verzorgd door onder meer jeugdartsen en GVO-functionarissen;
- overleg met huistandartsen kan indien een gelijke positie noodzakelijk is worden gevoerd door de directie van de dienst;
- tandheelkundig epidemiologisch onderzoek zal met name worden gerealiseerd door epidemioloog in samenwerking met specifieke deskundigen.

Vooralsnog blijkt uit de voorgenomen regelgeving vanuit WVC dat wordt overwogen de aanstelling van één mondhygiënist per 45.000 jeugdigen (ca. 200.000 inwoners) te realiseren.

8.9 Enkele financiële kanttekeningen

In deze paragraaf zal met name worden ingegaan op de - financiële - randvoorwaarden die voor een goede vervulling van de meerwaardefunctie door een basisgezondheidsdienst noodzakelijk zijn.

Achtereenvolgens zullen de functies TGVO, bevordering deelname en epidemiologie worden behandeld. Tot slot zal een enkele opmerking worden gemaakt over de kosten die samenhangen met het functioneren van een samenwerkingsverband.

- TGVO -

Een aspect dat bij TGVO, evenals overigens bij de algemene GVO, speciale aandacht vraagt, is het feit dat de aanwezigheid van een specifieke functionaris nog geenszins betekent dat er TGVO-activiteiten worden ondernomen. Voor de uitvoering van TGVO-activiteiten zijn extra financiële middelen noodzakelijk boven de subsidiabele personeelslasten en de gebruikelijke overhead van 33 1/3 %.

Het Stedelijk orgaan GVO Den Haag heeft bijvoorbeeld becijferd dat zij naast de personeelslasten globaal 50.000 à 70.000 gulden op jaarbasis besteed aan de verstrekking van TGVO-materialen en de uitvoering van TGVO. Indien deze cijfers worden doorberekend op een verzorgingseenheid van 45.000 jeugdigen van 4-19 jaar, dan komt men op een bedrag op jaarbasis van 30.000 à 40.000 gulden. Globaal per jeugdige dus een bedrag van rond één gulden voor folders, brochures, affiches, dia-series, lesprogramma's en dergelijke.

De in ontwerp zijnde financiële regeling voor mondhygiënisten kent alleen een subsidiëring van personeelslasten en overhead-kosten. Voor zover bovengenoemde kosten voor TGVO materialen hiermee niet worden gedekt, dient hierin op een andere wijze te worden voorzien.

- Bevordering deelname -

Evenals bij de TGVO zijn ook aan deze taak naast personele lasten materiële lasten verbonden, met name als men met een oproepsysteem zou willen werken.

Een oproepsysteem waarbij men alle jeugdigen uit één jaargroep (bijvoorbeeld alle 2 of 3-jarigen) oproept naar de tandarts te gaan, brengt kosten met zich mee voor:

- a. administratie; uitdraai van een adresbestand vanuit het bevolkingsregister of vanuit de provinciale entadministratie;
- b. drukwerk, het vormgeven en drukken van de oproepen;
- c. porti, samenhangend met de verzending van de oproepkaarten. indien men bovendien een deel van de kaart teruggezonden wil hebben in verband met een controle of en in welke mate men gehoor geeft aan de oproep, komen daar kosten bij voor:
- d. porti, voor retourzending;
- e. administratieve verwerking van de gegevens;
- f. eventueel één herhaaloproep.

Per jeugdige kunnen de kosten a t/m e worden geraamd op 2 à 3 gulden per jeugdige, afgezien nog van de kosten verbonden aan de meer organisatorische werkzaamheden van de mondhygiënist of een vergelijkbare functionaris. Deze bedragen stemmen globaal overeen met de bedragen die hiervoor werden becijferd in Friesland en Den Haag. Per verzorgingseenheid van 45.000 jeugdigen en een jaargroep van ± 3000 jeugdigen kunnen de kosten voor een éénmalige oproep globaal worden geraamd op f 6000,-.

Indien men een oproepsysteem niet éénmalig zou willen doen, maar elk half jaar, dan komt dit op een bedrag van 4 à 5 gulden per jeugdige. Dit komt overeen met het bedrag dat men in Veenendaal besteed aan het oproepsysteem.

Dit bedrag geëxtrapoleerd naar een verzorgingseenheid van 45.000 jeugdigen, zou betekenen dat een bedrag van rond f 200.000,- noodzakelijk zou zijn voor de uitvoering van deze functie.

Het lijkt onwaarschijnlijk dat dit laatste systeem naast de inhoudelijke kanttekeningen die erbij te plaatsen zijn financieel haalbaar is.

De overige activiteiten in het kader van de bevordering van de deelname, bijvoorbeeld die door jeugartsen en CB-artsen liggen sterk op het vlak van de TGVO. De noodzaak hier extra middelen voor ter beschikking te hebben is reeds besproken.

- Epidemiologie -

Naast personele kosten bij de uitvoering van deze functie heeft men hierbij specifiek te maken met eventuele kosten voor de uitvoering van epidemiologisch onderzoek. Epidemiologisch tandheelkundig onderzoek zal doorgaans plaatsvinden in samenwerking met andere afdelingen van de basisgezondheidsdienst, met name de afdeling Epidemiologie. Hoge extra kosten (buiten de personeels-sfeer) zijn aan de uitvoering van epidemiologisch onderzoek doorgaans niet verbonden, hoewel er wel mogelijkheden in de

basisgezondheidsdienst aanwezig dienen te zijn om gegevens te verwerken en te analyseren.

Voor uitgebreid epidemiologisch onderzoek op het terrein van de tandheelkunde ontbreekt op regionaal doorgaans de specifieke deskundigheid. Doorgaans zal op basis van een speciale project-subsidie een hiervoor geëigende instelling (TNO, universiteit) de nodige expertise leveren. Ter aanvulling op het wat meer globale en op regionaal beleid gerichte epidemiologisch onderzoek is uitvoeriger onderzoek essentieel, zowel ter aanvulling als ter verdieping van de regionale onderzoeken.

- Bestuurlijke samenwerking -

Hoewel er, in de praktijk wel degelijk kosten verbonden zijn aan de realisatie en instandhouding van een georganiseerd (samenwerkings)verband (secretariële ondersteuning, vergaderkosten), wordt hieraan in de praktijk weinig aandacht gegeven.

De kosten hiervan zijn overwegend van personele aard, en zijn verweven met de algemene werkzaamheden. In geen van de regio's worden ten aanzien van dit punt problemen ervaren.

De algemene conclusie die uit deze paragraaf kan worden getrokken is dat de kosten voor de uitvoering van de tandheelkundige meerwaardefuncties per verzorgingseenheid van 45.000 jeugdigen in totaal zo'n 45.000 à 50.000 gulden kunnen bedragen.

8.10 Conclusies

Tot slot van dit hoofdstuk zal de gepresenteerde informatie kort worden weergegeven aan de hand van de vragen zoals die zijn geformuleerd in de inleiding van dit rapport (zie pagina 2).

1. VRAGEN GERICHT OP DE VERVULLING VAN DE VIER HOOFDFUNCTIES.

1a. Worden in de desbetreffende regio's de vier hoofdfuncties vervuld?

Op vraag 1a kan bevestigend worden geantwoord. In de hoofdstukken 3 t/m 7 is hierop expliciet ingegaan. Gebleken is dat op verschillende wijzen invulling kan worden gegeven aan de functies alsook dat de functies zich in verschillende stadia van ontwikkeling bevinden. Met name de functies bevordering deelname en epidemiologie blijken nog volop in ontwikkeling te zijn, terwijl de functie TGVO zich al sterk heeft ontwikkeld in de onderzochte regio's.

1b. Wie vervult welke functies?

Het antwoord hierop is eveneens gegeven in de hoofdstukken 3 t/m 7. Schematisch is in schema 8.1 weergegeven hoe de functieverdeling zich lijkt uit te kristalliseren. De verantwoordelijkheid voor de coördinatie en uitvoering van de meerwaardefuncties komt in belangrijke mate te liggen bij de basisgezondheidsdiensten.

1c. Gebeurt de vervulling van de functies in samenwerking met elkaar?

Ten aanzien van de samenwerking geldt momenteel voor alle onderzochte regio's dat het feitelijk nog te vroeg is om al concrete resultaten van de samenwerking te kunnen verwachten. De samenwerking bevindt zich doorgaans nog in het stadium van kennismaking en uitwisseling van gedachten. Wel zijn er in diverse regio's goede bilaterale contacten tussen bijvoorbeeld huistandartsen en gemeenten of tussen dienst jeugdtandzorg en andere betrokkenen.

1d. Hoe is die samenwerking vastgelegd?

De wijze waarop de samenwerking is vastgelegd is weergegeven in § 8.7 (bestuurlijke samenwerkingsmodellen). Voor zover er stuk-

ken waren waarin de afspraken werden vastgelegd zijn deze in de bijlagen opgenomen. Ook zijn in de beschrijvingen van de regio's de doelstellingen van de samenwerking verwoord.

2. VRAGEN GERICHT OP HET SAMENWERKINGSMODEL

2a. Hoe effectief en efficiënt worden de functies vervuld (financieel, bereik jeugdigen, gezondheidstoestand gebit)?

De beoordeling van de effectiviteit en de efficiency van de vervulling van de functies in termen van financiën, bereik jeugdigen en de gezondheidstoestand van het gebit is op dit moment nog niet mogelijk. Gegevens zoals die in het kader van het Besluit Tandheelkundige Hulp Jeugdige Ziekenfondsverzekerden door de VNZ in samenwerking met de NMT worden verzameld zijn nog niet beschikbaar.

Het epidemiologisch tandheelkundig onderzoek in de regio's zelf dient nog in belangrijke mate te worden ontwikkeld. Bovendien zou het onderzoeksmatig onjuist zijn epidemiologische gegevens van de regio's te koppelen aan structuren die zich nog aan het ontwikkelen zijn. Conclusies over de werking van de modellen zijn dan ook nog uitsluitend gebaseerd op interviewgegevens en de bestaande literatuur.

Een aanzet tot evaluatie is weergegeven in schema 8.2. Hierbij is er voor gekozen de bij de interviews verkregen gegevens vanuit de regio's weer te geven tegen de achtergrond van de vier te onderscheiden hoofdmodellen voor de jeugdtandzorg.

2b. Wat is de meerwaarde van de vorm van samenwerking zoals die in de regio tot stand is gekomen, naar het oordeel van de betrokkenen?

Gegevens hierover worden samengevat in schema 8.3. Per regio is aangegeven of er knelpunten werden ervaren ten aanzien van de samenwerking en welke de sterke punten van de samenwerking wer-

den gevonden. Het nut van samenwerking en afstemming is in alle regio's onomstreden.

2c. Werkt het samenwerkingsmodel in de praktijk, hoe wordt het samenwerkingsmodel ervaren door de uitvoerders van de jeugdtandzorg?

In het algemeen kan worden opgemerkt dat de samenwerkingsafspraken nog zo kort functioneren, dat de aandacht er doorgaans nog op is gericht de stuurgroep of werkgroep concreet gestalte te geven. De samenwerking in brede zin, bijvoorbeeld tussen huistandartsen, jeugdartsen, CB-artsen en basisgezondheidsdiensten, is nog weinig ontwikkeld. De samenwerking krijgt vooral gestalte in een aantal bilaterale contacten.

Met name blijkt het bij het overleg moeilijk de huistandartsen als groep aan te spreken, de opstelling van een aantal tandartsen wordt nogal eens als individualistisch ervaren.

9.1 Inleiding

Op basis van de informatie uit de regio's en de informatie vanuit de literatuur en de interviews met de op landelijk niveau werkende instellingen zoals die in samenhang met elkaar is gepresenteerd in hoofdstuk acht, zal in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen worden geformuleerd. Hierbij geldt de uitdrukkelijke beperking dat de verkregen informatie - dus ook de aanbevelingen - sterk op opinies en indrukken zijn gebaseerd. Op voorhand is het van belang erop te wijzen dat als vervolg op dit onderzoek, het verkrijgen van feitelijke gegevens over onder meer deelname aan de JTZ en ontwikkelingen in de gezondheids-toestand van het gebit hoge prioriteit verdient.

Allereerst zijn enkele aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de uitvoering van de onderscheiden tandheelkundige functies, te weten: curatie, TGVO, bevordering deelname en epidemiologie. Daarna volgen enkele aanbevelingen voor wat betreft de organisatorische vormgeving op regionaal niveau, de personeelsbezetting, de financiering en de bestuurlijke vormgeving.

Tot slot worden enkele aanbevelingen geformuleerd over de landelijke ondersteuning in verband met de te voorziene ontwikkelingen wat betreft de realisatie van de tandheelkundige meerwaarde-functies bij basisgezondheidsdiensten en andere organisaties die op dit terrein werkzaam zijn.

De aanbevelingen zijn genummerd van 1 tot 21. Met uitzondering van de aanbevelingen ten aanzien van de landelijke ondersteuning, wordt bij alle aanbevelingen een verwijzing gegeven naar de paragraaf in hoofdstuk acht op basis waarvan de aanbeveling is opgesteld.

9.2 De tandheelkundige functies

Curatie

De curatieve functies worden uitgevoerd door huistandarts en regionale instelling. Voor ziekenfondsverzekerden gebeurt dit aan de hand van het Besluit Tandheelkundige Hulp Jeugdige Verzekerden Ziekenfondsverzekering. Met die regeling kunnen alle jeugdige ziekenfondsverzekerden van 0 tot 19 jaar aanspraak maken op integrale tandheelkundige hulp. Toegang tot tandheelkundige verzorging is hiermee voor de jeugdige ziekenfondsverzekerden in het algemeen gewaarborgd. Onbekend is of en in welke mate er problemen zijn met betrekking tot particulier verzekerden.

Het ziet er momenteel naar uit dat er in (maximaal) 16 regio's een regionale instelling zal gaan functioneren. Het totale bereik van deze diensten wat betreft het aantal verzorgde jeugdigen ligt rond de 157.000, hetgeen landelijk ongeveer 5% is van de jeugd van 0 tot 19 jaar en rond 10% van de jeugd van het basisonderwijs.

Van belang is dat met name risicogroepen sterk georiënteerd waren en zijn op de regionale instellingen en dat in 12 van de 16 regio's vrij grote concentraties migranten aanwezig zijn.

1. In vervolg op dit, op de structuur en werkwijze van de jeugdtandzorg gerichte onderzoek dienen de ontwikkelingen met betrekking tot de tandheelkundige gezondheidstoestand van de jeugd geëvalueerd te worden op basis van epidemiologische gegevens. Vooral wat betreft de verzorging van risicogroepen (§ 8.2).

2. In het belang van de continuïteit van de tandheelkundige verzorging van de risicogroepen dienen voorwaarden te worden geschapen voor een goede opvang, bijvoorbeeld: voortzetting van de diensten JTZ, afspraken met huistandartsen, oproepsysteem en/of TGVO (§ 8.2).

TGVO

Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding vormt een belangrijk instrument voor de basisgezondheidszorg om te bevorderen dat de verzorging van het gebit zo goed mogelijk wordt-/blijft. TGVO sluit nauw aan bij de algemene GVO-functie van de basisgezondheidszorg, zowel wat betreft de inhoud van de voorlichting als wat betreft benaderingswijze en methodiek.

3. De onderbrenging van de TGVO functie bij de algemene GVO-functie van een basisgezondheidsdienst is gewenst. Op deze wijze is de inhoudelijke en methodische afstemming binnen de GVO gewaarborgd (§ 8.3).
4. Voor de uitvoering van collectieve TGVO-activiteiten dient rekening te worden gehouden met de beschikbaarheid van financiële middelen. Een bedrag van rond één gulden per verzorgde jeugdige kan daarbij als richtlijn gelden (§ 8.9).

Bevordering deelname

Bevordering deelname maakt in beginsel integraal deel uit van de werkzaamheden van CB- en jeugdartsen.

5. Bevordert dient te worden dat CB- en jeugdartsen stimuleren dat jeugdigen tijdig en regelmatig de tandarts bezoeken (§ 8.4).

Daarnaast wordt in een aantal regio's ter bevordering van de deelname een oproepsysteem uitgevoerd. Om zowel inhoudelijke als financiële redenen lijkt het oproepsysteem de voorkeur te verdienen waarbij een of enkele malen jeugdigen worden opgeroepen naar de tandarts te gaan (bijvoorbeeld op 2 à 3 jarige leeftijd en/of aan het begin van de basisschool).

Afhankelijk van de specifieke situatie in de regio (bijvoorbeeld een lage deelname vanuit bepaalde groepen van de bevolking) kan het oproepsysteem specifiek op die groepen worden gericht. Doorgaans zal een oproepsysteem ook deel uitmaken van een breder opgezet TGVO-programma.

6. Bij de opzet van een oproepsysteem verdient het aanbeveling uit te gaan van de regionale situatie wat betreft: de huidige deelname aan de jeugdtandzorg, de bereidheid van de tandartsen om actief mee te werken aan het oproepsysteem, afspraken op welke leeftijd wordt begonnen met het tandartsbezoek en de activiteiten van cb-artsen, jeugdartsen en anderen ter bevordering van de deelname (§ 8.4).
7. De opzet van een oproepsysteem met een terugkoppelingsmechanisme (een door de tandarts te retourneren antwoordstrook) is alleen zinvol indien er sprake is van een goede medewerking van de tandartsen (§ 8.4).
8. Een oproepsysteem waarbij jeugdigen door gemeente of basisgezondheidsdienst elk half jaar worden opgeroepen verdient om financiële redenen geen aanbeveling, terwijl er ook inhoudelijk vraagtekens bij worden geplaatst in verband met de mogelijke terugloop van deelname na beëindiging van de oproepen (§ 8.4 en § 8.9).

Epidemiologie

Doel voor tandheelkundige epidemiologie op regionaal niveau is onder meer: na te gaan of en in hoeverre de jeugdigen gebruik maken van de tandheelkundige voorzieningen, richting te geven aan preventieve activiteiten en het verkrijgen van inzicht in de effecten van de activiteiten.

Dit geldt zowel voor de jeugd in het algemeen als voor enkele risicogroepen zoals migranten en gehandicapten in het bijzonder. Deze functie kan waarschijnlijk het best worden gerealiseerd in overleg en samenwerking met de epidemioloog van de basisgezondheidsdienst en met CB- en jeugdartsen.

9. De epidemiologische tandheelkundige functie bij basisgezondheidsdiensten kan gerealiseerd worden door de epidemioloog bij de basisgezondheidsdienst in overleg en samenwerking met onder meer CB-en jeugdartsen. Deze zouden daartoe onder meer kunnen registreren of de betreffende jeugdige naar de tandarts gaat en hoe de verzorgingstoestand van het gebit is (§ 8.5).

Naast epidemiologische studies op regionaal niveau is het eveneens van belang - juist nu recentelijk veel diensten voor de jeugdtandzorg zijn opgeheven - uitvoeriger epidemiologische studies op te zetten. Niet alleen gericht op de evaluatie van de bevordering van de deelname en dergelijke, maar op het zo objectief mogelijk vaststellen van ontwikkelingen met betrekking tot de gezondheidstoestand van het gebit.

10. Naast globaal epidemiologisch tandheelkundig onderzoek in de regio dient ook aandacht te worden gegeven aan het vastleggen van landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de gezondheidstoestand van het gebit. Hiervoor dienen aparte projectsubsidies beschikbaar te worden gesteld (§ 8.5).

9.3 Organisatorische vormgeving op regionaal niveau

Vanuit zowel de bestudering van de vijf onderzochte regio's als de interviews met landelijke organisaties blijkt dat de in hoofdstuk 8 geschetste modellen (het huistandartsen model, het privaatrechtelijk model, het publiekrechtelijk model en het risicogroepmodel) in principe realiseerbaar zijn. Aan elk van deze modellen zijn voor- en nadelen verbonden. De huidige realiteit is echter dat het huistandartsen model in wezen geldt voor 90 à 95% van de jeugd van 0 tot 19 jaar.

De huidige oriëntatie van risicogroepen op de bestaande diensten jeugdtandzorg vraagt specifieke aandacht in verband met de continuïteit van deze zorg.

11. Alle modellen jeugdtandzorg zoals die zijn geschetst zijn in principe realiseerbaar. Met name de bereidheid op regionaal niveau om in verband met de verzorging van risicogroepen, eventueel de financiële consequenties te aanvaarden is beslissend voor de haalbaarheid van een publiekrechtelijke oplossing (§ 8.6).
12. De beslissing om een aparte regionale instelling voor risicogroepen op te zetten dient gezien te worden in samenhang met de besluitvorming over de opzet en spreiding van centra voor de tandheelkundige verzorging van lichamelijk en geestelijk gehandicapten (§ 8.2 en § 8.6).
13. De verantwoordelijkheid voor de coördinatie van tandheelkundige meerwaardefuncties kan komen te liggen bij de basisgezondheidsdiensten. Dit met name omdat deze taken nauw aansluiten bij de andere taken van deze diensten (GVO, epidemiologie, jeugdgezondheidszorg 4 tot 19 jarigen). Door de basisgezondheidsdiensten moet in dat geval uiteraard veel aandacht worden besteed aan de samenwerking en afstemming met de kruisorganisaties en de huistandartsen, alsmede met de overige betrokkenen bij de jeugdtandzorg (§ 8.6).

9.4 Personeelsbezetting

Enigszins buiten het bestek van dit onderzoek ligt het verkrijgen van inzicht in het noodzakelijke aantal tandartsen en mondhygiënisten ter uitvoering van de individuele tandheelkundige verzorging van de jeugd. Met name de wijze waarop gestalte werd gegeven aan de meerwaardefuncties stond in deze studie centraal. Van belang is in dit verband het voornemen van WVC om per verzorgingsgebied (45.000 jeugdigen/200.000 inwoners) één mondhygiënist te subsidiëren in de personele kosten verhoogd met 33 1/3 % overhead.

De vragen die zich daarbij voordoen zijn of dit kwalitatief en kwantitatief voldoende is en welke vrijheden aan de regio dienen te worden geboden om de functie naar eigen inzicht in te vullen.

Ten aanzien van de kwaliteit is men in de regio's over het algemeen van mening dat een mondhygiënist voldoende is opgeleid om de meerwaardefuncties gestalte te kunnen geven. Voorwaarde is echter dat de functie wordt vervuld in nauwe samenwerking met onder meer de GVO-functionaris van de basisgezondheidsdienst en de daaraan verbonden epidemioloog.

- 14. De aan te stellen mondhygiënisten dienen te werken in nauw overleg met de GVO-functionaris en de epidemioloog van de basisgezondheidsdienst en in samenwerking met tandartsen en kruiswerk (§ 8.8).**

Ten aanzien van de kwantiteit dient te worden opgemerkt dat een objectieve beoordeling van wat voldoende is praktisch niet mogelijk is. Een en ander is ook afhankelijk van de wijze waarop inhoud wordt gegeven aan de TGVO-functie bij een basisgezondheidsdienst. Met name uitvoerende werkzaamheden als het afleggen van schoolbezoeken en het begeleiden van fluoride-spoelen kunnen

veel tijd vragen en zouden dan ook vooral moeten plaatsvinden waar het gaat om het vervullen van een voorbeeldfunctie. De subsidiëring van één mondhygiënist per verzorgingseenheid - met name daar deze werkt in samenwerking met de algemene GVO - lijkt vooralsnog voldoende om te verzekeren dat er vanuit de basisgezondheidsdiensten een blijvende aandacht voor tandheelkundige aspecten zal bestaan.

Ten aanzien van de regionale vrijheid bij de invulling van de beschikbaar komende formatieplaats doet zich overigens nog wel verschil van mening voor.

Vanuit de NMT wordt benadrukt dat, vooral met betrekking tot allerlei beleidsaspecten, een dergelijke functionaris een tandarts zou dienen te zijn. Van de andere kant wordt door enkele regio's naar voren gebracht dat men graag zou kiezen voor TGVO-consulenten die in het verleden in de diensten voor de jeugdtandzorg hebben gefunctioneerd; deze hebben doorgaans niet de opleiding voor mondhygiënist. Ook wordt overwogen hiervoor algemene GVO-consulenten aan te stellen met een specifieke bij- of nascholing op het terrein van de (jeugd)tandzorg.

15. In principe kan bij de invulling van een formatieplaats ten behoeve van de vervulling van de meerwaardedefuncties JTZ uitgegaan worden van een mondhygiënist. Aan de regio kan de mogelijkheid worden geboden een tandarts aan te stellen, dan wel een functionaris waaraan qua opleiding en werkervaring dezelfde eisen kunnen worden gesteld als aan mondhygiënisten (§ 8.8).

9.5 Financiering

Wat betreft de financiering is reeds in § 8.9 duidelijk gemaakt dat er naast personele lasten en overheadkosten rekening moet worden gehouden met kosten voor de uitvoering van concrete activiteiten rond de jeugdtandzorg. De hoogte van deze kosten is uiteraard afhankelijk van de intensiteit van de activiteiten, maar kan worden geschat op tenminste één gulden per jeugdige.

16. Uitgaande van de huidige situatie dient bij de realisatie van de tandheelkundige meerwaardefuncties bij een basisgezondheidsdienst rekening te worden gehouden met kosten van tenminste één gulden per jeugdige (§ 8.9).

De financiële mogelijkheden van het ministerie van WVC voorzien in de personele kosten van de mondhygiënist en de overheadkosten, hetgeen betekent dat de kosten voor allerlei concrete activiteiten vanuit andere bronnen dienen te worden gedekt. Mogelijkheden zijn hierbij (in willekeurige volgorde): gemeenten, AWBZ, ziektekostenverzekeraars, fondsen vanuit het onderwijs en huistandartsen. Bij deze laatsten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een bijdrage in de kosten voor de opzet en uitvoering van een oproepsysteem.

17. Het verdient aanbeveling om (op landelijk niveau) afspraken te maken over de financiële bijdrage van onder meer gemeenten, ziektekostenverzekeraars en huistandartsen met betrekking tot de realisatie van activiteiten die erop gericht zijn de collectieve tandheelkundige preventie te bevorderen (§ 8.9).

9.6 Bestuurlijke vormgeving

Wat betreft de bestuurlijke vormgeving van het regionaal georganiseerd verband voor de jeugdtandzorg, kan in vervolg op de informatie vanuit de regio's worden opgemerkt dat hierbij sterk ingespeeld dient te worden op de regionale situatie. Eén algemeen model is niet te geven, hoewel unaniem de wens te kennen wordt gegeven een soort 'vangnetfunctie' te realiseren voor het bespreekbaar maken en houden van eventuele knelpunten.

In de bestuurlijke structuur van het regionaal georganiseerd verband kan op verschillende manieren worden voorzien, mits er in ieder geval een forum is, op regionaal niveau, waarbinnen knelpunten aan de orde kunnen worden gesteld (§ 8.7).

Een belangrijk aspect, naast het bovenstaande, vormt de overweging hoe bindend afspraken tussen de participanten aan het samenwerkingsverband dienen te zijn. Opgemerkt kan worden dat het van bovenaf opleggen van samenwerking weinig effectief zal zijn.

19. Samenwerking afdwingen op het terrein van de jeugdtandzorg is weinig effectief, samenwerking dient te ontstaan op basis van wederzijds vertrouwen, in eensgezindheid over het te bereiken doel en het besef dat samenwerking nuttig is (§ 8.7).

Wèl is het zo dat bij de opzet van bijvoorbeeld een oproepsysteem, het nodig zal zijn met elkaar tot overeenstemming te komen. Wanneer tandartsen grondige bezwaren hebben tegen een bepaald systeem is het beter om een ander systeem van bevordering van deelname op te zetten, dan de tandartsen te dwingen aan het systeem mee te werken.

9.7 Landelijke ondersteuning

De realisatie van een landelijke overlegsituatie voor mondhygiënist en bij basisgezondheidsdiensten en vergelijkbare functionarissen verdient zeker aanbeveling.

Niet alleen kan op deze wijze gezamenlijk worden gewerkt aan deskundigheidsbevordering (na- en bijscholing), maar ook kunnen ervaringen worden uitgewisseld en kunnen activiteiten op elkaar worden afgestemd.

20. De realisatie van een landelijk overleg van mondhygiënist en bij basisgezondheidsdiensten dient met name gezien de te verwachten groei van het aantal functionarissen te worden gerealiseerd.
21. Het Ivoren Kruis kan als landelijke categoriale instelling, in samenwerking en afstemming met onder meer het landelijk centrum dienstverlening GVO, een belangrijke coördinerende en stimulerende rol spelen bij het ontwikkelen van de tandheelkundige meerwaardefuncties.

LITERATUUR

- BAECKE, J.A.H., W.L. BEEKER, A.G. HERMANS & G.N. KRUISHEER. Gebitstoestand, behandel noodzaak, mondhygiëne en jeugdtandzorg in 's-Hertogenbosch. Ned.T.Tandheelkunde 92 (1985) 464-8.
- BERGINK, A.H. Cariës bij inheemse en uitheemse kleuters in een Haags schoolartsrayon 1979-1984. T.Jeugdgezondheidsz. 17 (1985) 24-8.
- BERGINK, A.H., W. TEN HOOPEN, K.G. KÖNIG et al. Gebitstoestand van de Haagse schooljeugd tussen 1969 en 1981. T. Jeugdgezondheidsz. 15 (1983) 30-1.
- DISTRICT GEZONDHEIDSDIENST ZEELAND. Fluoride spoelen op scholen; informatie voor schoolhoofden, leerkrachten, speelouders. Middelburg, DGD Zeeland, z.j.
- GEERLINGS, G., D.J. PURDELL LEWIS & A.C.M. VAN DE POEL. De invloed van glutaardialdehyde 2% als irrigatiemiddel op bacteriën in wortelkanalen. Ned.T.Tandheelk. 92 (1985) 468-71.
- GEMEENTE 'S-GRAVENHAGE. Nota Jeugdtandzorg. 's-Gravenhage, 1985.
- GGD OSS/DGD VEGHEL/ST. JEUGDTANDVERZ.N.O.N.-BRABANT. De toekomst van de jeugdtandverzorging in Noordoost Noord-Brabant. Z.pl., 1985.
- GRÜNDEMANN, R.W.M. Migranten; gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg; een overzicht van ontwikkelingen in de periode 1975-1985, gebaseerd op onderzoekspublikaties. Leiden, NIPG/TNO, 1985.
- HAGE, M.D. Toekomstige structuur van de jeugdtandverzorging; inleiding tijdens de vergadering van het Directie Kontakt Jeugdtandverzorging, 9 september 1983 te Leidschendam. Manuscript.
- HEUSDEN, M. VAN. Jeugdtandzorg bij basisgezondheidsdiensten; de functie van mondhygiënist. Ned.Ver.Mondhyg.T. 1 (1986) 14-5.
- KALSBEEK, H. Het effect van T.GVO-projecten bij de preventie van tandcariës. Ned.T.Tandheelk. 89 (1982) 106-17.

- KALSBECK, H. Het projekt Kindertandverzorging Tiel; een projekt van de vakgroep sociale en preventieve tandheelkunde van de Rijksuniversiteit Utrecht in samenwerking met de werkgroep TNO Tand- en Mondziekten, Utrecht, 1985.
- KAPPELLE, S. Redactioneel. De deelname aan de J.T.V. door etnische minderheden. Ned.Tandartsenbl. 7 (1984) 248-9.
- LOVEREN, C. VAN & H. KALSBECK. Verslag van een onderzoek naar de gebitstoestand van kinderen van 5 jaar in de Gemeente Veenendaal. Utrecht, Vakgr.Soc.Prev.Tandheelk. R.U.U./Werkgr. TNO Tand-en Mondziekten (1982).
- LOVEREN, C. VAN & H. KALSBECK. De toekenning van de tand; verslag van een onderzoek naar de gebitstoestand van 4½ jarigen in de Gemeenten Smallingerland en Heerenveen in 1984 en de verandering hiervan sinds 1979. Utrecht, Vakgr.Soc.Prev.Tandheelk. R.U.U./Werkgr. TNO- en Mondziekten, 1985.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Jeugdtandzorg. Brief d.d. 2 oktober 1985.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Voortgangsrapportage jeugdtandzorg. Brief d.d. 28 april 1986a.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Richtlijnen en kwaliteitseisen; concept juli 1986. Rijswijk, 1986b.
- NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE. Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Brief d.d. 10 maart 1986.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SOCIALE TANDHEELKUNDE/KOEPELORGANISATIE VAN DE DIENSTEN VOOR JEUGDTANDVERZORGING. Jeugdtandverzorging in georganiseerd verband heeft meerwaarde. Amsterdam, 1982a.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR SOCIALE TANDHEELKUNDE/KOEPELORGANISATIE VAN DE DIENSTEN VOOR JEUGDTANDVERZORGING. Jeugdtandverzorging op het spel. Amsterdam, 1982b.
- NIEMAN, F.H.M. & J.J. CARPAY. Het professioneel functioneren en de maatschappelijke betekenis van de jeugdtandverzorging. Nijmegen, 1986. Proefschrift K.U.N.
- OOIJENDIJK, W.T.M. & H.P.A. VAN DE WATER. De uitvoering van algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten. Leiden, NIPG/TNO, 1984.

- OOIJENDIJK, W.T.M., M.J.TH. SCHLATMANN & H.P.A. VAN DE WATER.
GVO bij basisgezondheidsdiensten. Leiden, NIPG/TNO, 1986.
- POLDERMAN, M. Onderzoek naar het tandartsbezoek van adolescenten naar etnische groepering. Leiden, NIPG/TNO, 1982. (skriptie in het kader van de vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg.)
- POLDERMAN, M. Onderzoek in het kort. Tandheelkundige verzorging van adolescenten. T. soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 532.
- SLUIS, J.P. TER & M.W. BOS. Gezondheidszorg en Minderheden; Een onderzoek naar het spreidingspatroon van gezondheidszorgvoorzieningen in Nederland in relatie tot het spreidingspatroon van minderheden. STRABO, Amsterdam, Stichting voor Ruimtelijk AdviesBeleid en Onderzoek, 1985.
- TWEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Jeugdtandzorg 1; brief van de staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1984-1985, 18848, nr. 1; pp. 1-7.
- TWEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Jeugdtandzorg 2; verslag van een mondeling overleg, vastgesteld 9 mei 1985. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1984-1985, 18848, nr. 2; pp. 1-3.
- TWEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Jeugdtandzorg 3; verslag van een mondeling overleg, vastgesteld 29 augustus 1985. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1984-1985, 18848, nr. 3; pp. 1-10.
- VADEMECUM TANDHEELKUNDE. Z.pl., Ned.Mij. tot Bevordering Tandheelk./Ver.Ned.Ziekenf., z.j.
- VERENIGING VAN DIREKTEUREN BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN. Advies inzake tandheelkundige collectieve preventie bij basisgezondheidsdiensten. Z.pl., 1984a.
- VERENIGING VAN DIREKTEUREN BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN. Ontwikkeling van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) bij Basisgezondheidsdiensten; standpunt van de vereniging, voorbereid door het landelijk overleg van GVO-funktionarissen bij Basisgezondheidsdiensten. Rotterdam, GG & GD, 1984b.
- VERSPRILLE-SCHUILING, G. (coördinator (T)GVO-project Friesland). Het (T)GVO-project van begin tot eind; van eind tot begin? Leeuwarden, 1985 (rap.G/3421).

WERKGROEP TNO TAND- EN MONDZIEKTEN. Hotze syn toskan; nei njoggen jier foarljochting; verslag van een onderzoek naar de gebitstoestand bij zes- en twaalfjarige kinderen in Noord-Oost Friesland. Utrecht, 1983.

WERKGROEP (T)GVO ANNO 1985 (voorz. C. Vlas). Het (T)GVO-project van begin tot eind; van eind tot nieuw begin. Leeuwarden, 1985.

B I J L A G E N



districts
gezondheidsdienst
Zeeland

Beleidsnotitie

COLLECTIEVE MEERWAARDEFUNCTIES VAN DE JEUGDTANDZORG IN ZEELAND

1. AANLEIDING.

Sinds de dreiging van de opheffing van de diensten van Jeugdtandzorg in Zeeland en de effectuering daarvan, hebben velen zich in de provincie bezig gehouden met het plannen maken en initiatieven ontwikkelen om de zgn. "meerwaardefuncties" niet verloren te laten gaan.

Tot dusver zonder resultaat met name omdat er voor de financiering op Rijksniveau geen afdoende oplossing gevonden is.

De brieven van de staatssecretaris van WVC d.d. 20 oktober 1985 en 24 oktober 1985, geven weer mogelijkheden aan om inhoud te geven aan de "meerwaardefuncties". In nauw overleg met een aantal instellingen en personen in de provincie Zeeland die betrokken zijn bij de curatieve en preventieve jeugdtandzorg, is onderstaand model ontwikkeld. Een belangrijk aandeel hebben met name de tandartsen, verenigd in de NMT, gehad, de PVHZK, de jeugdartsen, de ziektekostenverzekeraars en een mondhygiënist. De Provinciale Raad heeft zich in de plenaire raad van 2 december jl. positief uitgesproken over dit model.

2. SUBSIDIEVERZOEK

Op basis van dit model wordt aan het Ministerie van WVC een subsidieverzoek gedaan voor de Provincie Zeeland (355.000 inwoners) voor:

- 1,75 mondhygiënist
- 0,9 administratieve ondersteuning
- 0,2 coördinerend tandarts

Deze zullen werken binnen de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de DGD.

3. COLLECTIEVE MEERWAARDE FUNCTIES

Het gaat hierbij om:

- tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding ((T)GVO)
- klassikaal fluoridespoelen
- epidemiologie , informatieverwerking en opsporen risicogroepen.
- oproepsysteem

4. INVULLING VAN DEZE TAKEN BINNEN EEN GEORGANISEERD VERBAND

Als structuur wordt voor de volgende opzet gekozen:

1. De werkzaamheden vinden plaats binnen de DGD-Zeeland;
2. De NMT Zeeland doet aan het bestuur van de DGD-Zeeland een voordracht voor een coördinerend tandarts;
3. Het bestuur stelt een coördinerend tandarts aan, als adviseur van de directie en als lid van het projectteam, waarin ook deelnemen een mondhygiënist, een GVO-consulent, een jeugdarts voor een deel van hun werktijd;
4. Een mondhygiënist is verantwoordelijk voor de voortgang van de werkzaamheden;
5. Het georganiseerd verband dient gezien te worden als een adviesgroep waarin o.a. vertegenwoordigd zullen zijn:
 - De Maatschappij Tandheelkunde, afd. Zeeland (NMT);
 - De PVHZK (Zeeuwse Kruis), jeugdgezondheidszorg 0 - 4 jarigen;
 - De DGD, jeugdgezondheidszorg 4 - 19 jarigen;
 - De DGD, afd. GVO;
 - Vertegenwoordiger ziektekostenverzekeraars;
 - Leerkrachten van het Basisonderwijs, bijv. via het Hoofdenoverleg;
 - De ouders, bijv. via een vertegenwoordiging van de speelouders;

I. (T)GVO ACTIVITEITEN

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd:

- a. De projectgroep ontwikkelt een lesprogramma voor de basisschool

- b. De coördinerend tandarts heeft als taak:
- inhoudelijke supervisie op de ontwikkeling van het lespakket
 - begeleiding van de mondhygiënist
 - voorlichting op ouderavonden
 - instructie/nascholing intermediairen (jeugdartsen, leerkrachten)
 - relaties onderhouden met de huistandartsen
 - structureren van de samenwerking huistandarts en mondhygiënist in het Buitengewoon Onderwijs (BuO)
- c. Jaarlijks bezoeken door de mondhygiënist van de scholen voor primair onderwijs die daar prijs op stellen, gedurende 1 dagdeel. Hieronder vallen zowel scholen voor basisonderwijs als speciaal onderwijs. Deze laatste is te zien als een risicogroep en zal dan extra aandacht behoeven. In groepen van 20 - 30 leerlingen wordt dan een van te voren ontwikkeld lesprogramma gebracht. Onderdelen hiervan zijn:
- Poetsinstructie met plaque kleuring;
 - fluoridegebruik;
 - voedingsgewoonten;
 - tandartsbezoek etc.
- Omdat dit nogal wat tijdsbelasting vergt, wordt overwogen om hierbij stagiaires van de HBOV (of anderen) te betrekken.

In Zeeland zijn 20 scholen voor speciaal onderwijs met ongeveer 3.000 leerlingen. De frequentie en intensiteit van begeleiding en ook individuele advisering door de mondhygiënist is hier hoger. Uitgangspunt is dat ook deze kinderen de huistandarts bezoeken. De samenwerking tussen mondhygiënist en huistandarts zal dit stimuleren, deze samenwerking zal gestructureerd vorm gegeven worden.

- d. Nascholing en bijscholing van intermediairen. Hiervoor zullen periodiek (enkele malen per jaar) bijeenkomsten gehouden worden voor de intermediairen die op de hierna genoemde momenten (T)GVO bedrijven:
- wijkverpleegkundigen; (T)GVO op het CB
 - Schoolartsen; (T)GVO tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek;
 - Huistandartsen; (T)GVO tijdens het halfjaarlijkse bezoek aan de tandarts;
 - leerkrachten; (T)GVO tijdens lesuren die betrekking hebben op het bevorderen van Gezond Gedrag;

In deze bijeenkomsten, die georganiseerd worden door de projectgroep komt tevens de behoefte aan ondersteuningsmaterialen aan de orde (folders, posters, diaserie, videobanden) die beschikbaar zijn of ontwikkeld moeten worden. Een belangrijke functie van deze bijeenkomsten is ook dat de voorlichting die op de verschillende momenten gegeven wordt, op elkaar afgestemd is en aansluit op de behoefte. GVO-consulenten zullen waar nodig ondersteuning leveren.

II. EPIDEMIOLOGIE EN INFORMATIEVERWERKING

Het verzamelen en analyseren van gegevens van de gebits-toestanden van de jeugdigen in Zeeland heeft de volgende functies:

- Men is in staat om de veranderingen in gebitstoestand vroegtijdig te signaleren. Er zijn zeer duidelijke aanwijzingen dat de laatste jaren het fluoridegebruik door kinderen terugloopt. Het is zeer aannemelijk dat daardoor het tandbederf in Zeeland zal toenemen.
- Door middel van deze analyse is het mogelijk risicogroepen op te sporen, ten aanzien van deze groepen kan dan een gericht actief beleid gevoerd worden (meer of andere GVO-programma's, meer fluoride, gericht oproepsysteem)
- Effectanalyse. Op dit moment wordt door de DGD een aanzet gegeven om te komen tot klassikaal fluoride-spoelen. Het is mogelijk om het effect hiervan te analyseren, door te vergelijken tussen scholen die wel en die niet spoelen en die qua maatschappelijke factoren vergelijkbaar zijn.

De tandartsen zullen in deze opzet actief participeren. Enerzijds zullen zij rapporteren of er gehoor aan het oproepsysteem gegeven wordt en anderzijds zal per school een tandarts aangewezen moeten worden (de tandarts adopteert een school), waarnaar de (kleine groep) kinderen die geen tandarts hebben, verwezen kunnen worden.

Voor de methodologische ondersteuning en uitvoering van een aantal epidemiologie-projecten, worden nu reeds contacten gelegd met de werkgroep preventieve tandheelkunde van TNO. De kosten van deze externe steun dienen apart door WVC gefinancierd te worden.

III. KLASSIKAAL FLUORIDE-SPOELEN

Op dit moment wordt door de DGD-Zeeland een proefproject klassikaal fluoridespoelen gestart. De voorlichting hierover geschiedt in nauwe samenwerking met de tandartsen en schoolartsen. Als bijlage treft u een projectplan aan.

Als projectleider treedt op dit moment de GVO-consulent van de DGD op; in de begeleidingsgroep zijn de tandartsen en schoolartsen vertegenwoordigd. Het is de bedoeling dat hier op korte termijn ook vertegenwoordigers van het onderwijsveld bij betrokken worden. Voor het uitvoerend werk en de ondersteuning tijdens de opstartfase, zullen vrijwilligers en mogelijk 1 WVM-kracht worden ingeschakeld.

Het verdient de voorkeur om de verantwoordelijkheid voor de voortgang van dit project over te dragen aan een mondhygiënist. Het project vindt zijn basis via de bovengenoemde begeleidingsgroep.

De mondhygiënist kan dan met name de contacten met spoelouders (de coördinator daarvan per school) onderhouden bijv. door een korte bespreking eens in het kwartaal of half jaar. Continuïteit en blijvende motivering van vrijwillige spoelouders, wordt daardoor verzekerd. Bovendien is er op deze wijze sprake van ouderparticipatie in de meest directe zin, wat ook op andere (T)GVO-activiteiten een positieve invloed zal hebben.

IV. OPROEPSYSTEEM

Via het oproepsysteem van de provinciale entadministratie, is het mogelijk de ouder een eerste keer op te roepen om met zijn/haar kind de tandarts te bezoeken. Op deze oproep kan niet expliciet een tandarts vermeld worden, dit zou de vrije artskenkeuze in het geding brengen. Wel is het mogelijk, bijvoorbeeld via de registratie van het ziekenfonds, de respons op dit oproepsysteem te meten. Een rappel is op dit moment niet aan de orde maar zou op basis van de gegevens van de respons in relatie tot de, via epidemiologische analyse onderkende risicogroepen, gericht plaatsvinden.

NON-RESPONS ACTIVITEIT

Een eenvoudige en snelle methode om een indruk te krijgen van de gebitsstoestand van de 0 - 19 jarigen, is

het bepalen van het zgn. DMF-getal. Dit is een vrij algemeen geaccepteerde methode die kan worden uitgevoerd met spiegel en sonde zonder verdere voorzieningen. Per kind kost dit ongeveer 1 - 2 minuten. In dit kader dient een verschil gemaakt te worden tussen een DMFS-getal, zoals dat voor de individuele curatieve zorg van de patiënt bepaald wordt en het veel grovere DMF-getal voor statistisch/epidemiologische doeleinden.

De eerste vorm kan alleen door een huistandarts bepaald worden, vaak met behulp van röntgenfoto's. Slechts de grovere methode voor indicatieve doeleinden, is in deze notitie aan de orde. Met nadruk dient dan ook gesteld te worden, dat deze methode niet bedoeld is om het werk van tandartsen te evalueren en daarvoor ook absoluut ongeschikt is. De bedoeling is om d.m.v. het vaststellen van de grotere caviteiten, een indicatie te krijgen "of het kind inderdaad regelmatig de tandarts bezoekt", immers iedere ziekenfondspatiënt heeft een tandarts, maar lang niet al deze patiënten zijn inderdaad gesaneerd.

1. Via nascholing zullen de schoolartsen getraind worden in het bepalen van een DMF-getal (volgens de eerder genoemde grove methode). Nu reeds wordt de gebitstoestand, fluoridegebruik en tandartsbezoek meegenomen in het periodiek geneeskundig onderzoek. Met het tellen van het aantal elementen dat gevuld, aangedaan op missend is, is vóór de verwijzing een indruk te krijgen oer de gebitstoestand van de leerling.
2. Tijdens het bepalen van het DMF-getal (door de jeugd-arts), kan op indicatie een kind gericht naar een tandarts verwezen wordt, indien blijkt dat de gebits-toestand hiertoe aanleiding geeft. Ook kinderen die niet naar de tandarts gaan, kunnen dan verwezen worden. Kosten hiervan zijn gering, omdat een voorgedrukte kaart wordt uitgedeeld. Ook hiervan is de respons te meten met behulp van de melding door de huistandarts.
3. De non-respons groep zal door de mondhygiënist opgeroepen worden, waarbij een gebitsanalyse, een individuele advisering aan de ouders en een verwijzing naar de huistandarts zal plaatsvinden.

V. ADMINISTRATIEVE ONDERSTEUNING

Conform de landelijke beleidslijnen op dit moment zal de mondhygiënist gaan werken binnen de DGD-Zeeland. Wil de mondhygiënist goed kunnen werken, dan is een administratieve ondersteuning nodig. Hiervoor dient rekening gehouden te worden met een halve administratieve kracht op 1 mondhygiënist.

Bijlage 2

Bereidverklaring tot samenwerking tussen de gemeente Veenendaal en de tandartsen, praktijkhoudend in de gemeente Veenendaal.

De gemeente Veenendaal, ten deze vertegenwoordigd door de wethouder van volksgezondheid en de tandartsen:

hierna te noemen: de tandartsen, komen overeen:

1. De gemeente Veenendaal en de tandartsen houden een dienst jeugdtandverzorging in stand zoals nader wordt omschreven in de werkwijze jeugdtandverzorging Veenendaal.
2. De tandartsen verklaren zich bereid alle bij de dienst ingeschreven kinderen in de leeftijd van 0 t/m 12 jaar, zowel de ziekenfonds- als de particulier- en de niet-verzekerden, opgenomen in het bevolkingsregister van de gemeente Veenendaal, van wie de ouders en/of verzorgers behoren tot de praktijk van de tandartsen, tandheelkundig te verzorgen.
3. De onder punt 2 genoemde tandheelkundige verzorging omvat:
halfjaarlijks onderzoek;
controle op de mondhygiëne, eventueel poetsinstructie en fluoride-applicatie;
controle op orthodontische afwijkingen;
behandeling van zowel het melk- als het blijvend gebit.

Ten aanzien van de tandheelkundige verzorging gelden minimaal de overeenkomsten zoals deze bestaan tussen de tandartsen en de ziekenfondsen.

4. De tandartsen streven ernaar, alle, vanwege de gemeente ieder halfjaar opgeroepen deelnemers zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen 4 maanden te behandelen.
5. De tandartsen behandelen ingeschreven kinderen alleen wanneer zij door de gemeente Veenendaal zijn opgeroepen, tenzij in geval van tussentijdse klachten.

Wanneer er op 2 opeenvolgende oproepen niet is gereageerd, wordt er geen volgende oproep meer verzonden. In dat geval zal vanwege de gemeente een onderzoek worden ingesteld naar de oorzaak van het niet-gevolg-geven aan de oproepen.

6. De tandartsen streven ernaar om kinderen in de leeftijd van 0 - 6 jaar zo spoedig mogelijk na de start van de dienst in hun praktijken op te nemen.

Zij verklaren zich bereid om onmiddellijk na de start van de dienst over te

gaan tot tandheelkundige behandeling van kinderen van 0 jaar en vervolgens telkens na verloop van 1 jaar van kinderen van de daarop volgende leeftijdsgroep. De oproepen worden verzonden vanaf de leeftijd van 3 jaar. De leden 1 en 2 van dit artikel vervallen zodra de kinderen in de betreffende leeftijdsgroepen in de praktijken zijn opgenomen.

7. De tandartsen verplichten zich de moederkaarten zodanig in te vullen dat de gemeente Veenendaal in staat is een statistisch overzicht samen te stellen.
8. De gemeente Veenendaal zorgt in overleg met de tandartsen voor een administratiesysteem, waarbij inbegrepen een daagelijkse voortgangscontrole.
9. De gemeente Veenendaal verplicht zich om de kinderen, die als deelnemer staan ingeschreven op te roepen voor de halfjaarlijkse controle en zal zorgdragen voor de voorlichting van alle betrokken leeftijdsgroepen.
10. De gemeente Veenendaal en de tandartsen benoemen beiden een contactpersoon, die eventuele geschillen bespreken c.q. inventariseren.

Tandheelkundige problemen worden door de contactpersoon van de tandartsen in een commissie gebracht, waarin zitting hebben 3 plaatselijke tandartsen, zonodig aangevuld met de adviserend tandarts van het T.C.I. verbonden aan het ziekenfonds Rijnstreek.

Administratieve problemen worden door de gemeente Veenendaal opgelost.

11. Periodiek, maar in ieder geval 7 jaar na invoering van dit systeem wordt onderzoek gedaan naar de resultaten van deze vorm van jeugdtandverzorging.

De gemeente Veenendaal behoudt zich het recht voor, indien de resultaten achterblijven bij die, behaald bij het functioneren van de verwijzingsdienst, waarvoor maatgevend is het rapport d.d. december 1978, uitgegeven door de Nederlandse vereniging voor sociale tandheelkunde, over te gaan tot een andere vorm van jeugdtandverzorging.

12. De samenwerking kan te allen tijde zowel door de gemeente Veenendaal als door alle tandartsen gezamenlijk worden beëindigd.

De samenwerking kan ook worden beëindigd door het van toepassing zijn van artikel 11, 2e lid, van deze bereidverklaring.

13. De samenwerking tussen de gemeente Veenendaal en één der tandartsen neemt een einde door:

1. het overlijden van de tandarts;
2. ontzegging aan de tandarts van de bevoegdheid tot uitoefening der tandheelkunde;
3. het neerleggen door de tandarts van zijn praktijk.

Veenendaal,

De tandarts,

Namens de gemeente:
De wethouder van volksgezondheid

Bijlage 3

CONCEPT-PROTOCOL HUISTANDARTSEN - JEUGDTANDVERZORGING

Protocol

Inleiding:

De verantwoordelijkheid die de gehele tandheelkundige professie moet hebben om voor de bevolking een zo goed mogelijke tandheelkundige gezondheid te bereiken, wordt algemeen onderschreven. Daarbij dient prioriteit te worden gegeven aan het jeugdige deel van de bevolking.

Uit recente gegevens blijkt, dat eenderde van de jeugdigen (0-19 jaar) geen gebruik maakt van enige vorm van regelmatige tandheelkundige zorg (CTS*). Deze groep wordt gevormd door enerzijds kinderen die van zeer jeugdige leeftijd af niet regelmatig tandheelkundige hulp zoeken en anderzijds door een grote groep jeugdigen die afhaken en maar ten dele vele jaren later terugkeert.

Een opzet van de tandheelkundige zorg in Noordoost Noord-Brabant waarbij de algemeen practici en de dienst voor jeugdtandverzorging elkaar ondersteunen om deze groep te bereiken of te behouden, lijkt dan ook voor de hand te liggen.

Deze positieve houding t.o.v. elkaar zal alleen te verkrijgen zijn op basis van duidelijke afspraken.

1. Zorgverlening jeugdtandverzorging en huistandarts

De jeugdtandverzorging richt zich op de groep 0-13 jaar.

Door een positief beeld te bevorderen van de jeugdtandverzorging draagt de huistandarts mede bij tot deelname, ook van de moeilijk door de jeugdtandverzorging bereikbare groep. De jeugdtandverzorging moet dat omgekeerd doen t.o.v. de huistandarts voor wat betreft de groep 13-19 jarigen (oproepsysteem). Hiermee stijgt het vertrouwen van met name die groep in de tandheelkunde. Het bevorderen van de deelname aan de jeugdtandverzorging voor de jongere groep (0-13 jarigen) zal leiden tot een groter beroep op de zorgverlening door de huistandarts op latere leeftijd.

* Commissie Tandheelkundige Statistiek VNZ

In kwalitatief opzicht betekent het dat de gebitsgezondheidssituatie van de naar de huistandarts doorstromende kinderen na de 13-jarige leeftijd een goede basis vormt voor een blijvende goede verzorging op latere leeftijd, met als uiteindelijk resultaat een betere mondgezondheid voor de hele bevolking. Tevens zal dat ook de zorgverlening aan ouders bevorderen die tot op dat moment geen of nauwelijks tandheelkundige zorg vragen.

2. Een status quo per gemeente

Ten gevolge van de hierboven genoemde houding zouden er, over en weer, verschuivingen kunnen plaatsvinden waardoor de bereidheid om de positieve houding te continueren zou worden ondermijnd.

Om dat te voorkomen is het noodzakelijk om een status quo af te spreken op basis van cijfers per 01-01-1986. Deze status quo moet rekening houden met de demografische ontwikkelingen en het vestigingsbeleid.

Gezamenlijke bewaking hiervan kan het best geschieden op basis van een jaarlijkse kwantitatieve beoordeling van daartoe betrouwbare gegevens per gemeente.

Consequente naleving van het status quo uitgangspunt kan in lokale situaties leiden tot verschuiving van de eerder genoemde leeftijdsgrens.

Een rapportage aan ziekenfondsen en gemeenten hierover ligt voor de hand.

Een volledige gelijke presentatie van de jeugdtandverzorging en huistandartsen draagt niet bij tot een optimaal bereik van de risicogroepen. De status quo afspraken staan een betere profilering van de jeugdtandverzorging in de voorlichting naar deze groepen toe, zonder dat het ten koste gaat van de huistandartsen. Deze groepen werden immers niet bereikt.

3. Bij het over en weer verwijzen van patiënten worden collegiale regels in acht genomen

Bij verwijzing van een jongere patiënt i.v.m. "onbehandelbaarheid" of orthodontie etc. moet men zich aan de regels houden van goed collegiaal gedrag.

4. De Stichting Jeugd tandverzorging zal bij de 13 tot 19 jarigen de tand- heelkundige verzorging bevorderen

Uit landelijke gegevens blijkt duidelijk dat een aanzienlijke groep jeugdigen niet (meer) regelmatig naar de tandarts gaat (+ 30%).

Wellicht komt dat ook omdat er geen enkele externe positieve invloed hierop wordt uitgeoefend.

Het lijkt voor de hand te liggen, dat een oproepsysteem en voorlichting hier verandering in kunnen brengen.

SAMENVATTING

- De jeugd tandverzorging richt zich op de groep 0-13 jaar. Deelname hiervan wordt bevorderd door de huistandartsen.
De huistandartsen richten zich op de "boven 13 jarigen".
Deelname hiervan wordt bevorderd door de J.T.V..
- Status quo op basis van cijfers per 01-01-1986 wordt nagestreefd en in patiëntenvoorlichting bevorderd.
- Bij het over en weer verwijzen van patiënten worden de collegiale regels in acht genomen, waarbij verwijzing als gevolg van "onbehandelbaarheid" speciale aandacht zal hebben.

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO