

HULPKRACHTEN:
TANDHEELKUNST IN AMERIKA OP EEN
TWEESPRONG?

In november 1966 hield Roy T. Durocher D.D.S. een voordracht over bovengenoemd onderwerp voor de „Third Latin-American Seminar on Dental Education” in Petropolis, Brazilië.

Dr. Durocher is „Assistant Dean at the School of Dentistry, University of Pittsburgh, U.S.A.”

Juni 1967 werd deze lezing gepubliceerd in de „Journal of the American College of Dentists”. De redactie zegt in haar inleiding, dat – hoewel de voordracht werd gehouden voor tandartsen, verbonden aan de opleiding in Latijns-Amerikaanse landen – lezers in de U.S.A. het onderwerp zeker actueel en toepasselijk op de toestanden aldaar zullen vinden.

Hetzelfde geldt voor het vraagstuk der hulpkrachten in ons land. Het lijkt mij daarom nuttig de inhoud van Durocher's behartigenswaardige voordracht in grote lijnen weer te geven. In tegenstelling tot het algemeen gebruik wordt eerst de samenvatting letterlijk weergegeven, waarna voor de geïnteresseerde lezer een excerpt ter beschikking is, waarbij echter de voornaamste argumenten en analyses weer letterlijk vertaald zijn opgenomen. Deze zijn cursief gedrukt.

Samenvatting en conclusies

„Hoewel een beschouwing over het inzetten van hulpkrachten in de tandheelkunst rekening dient te houden met het sociale en economische klimaat van een land of streek, moet er niettemin aan worden herinnerd, dat de professionele plicht op de eerste plaats dienstverlening inhoudt en niet primair de behartiging van bestaande of toekomstige belangen.

De tandheelkundige behoefte van de bevolking der Amerikaanse landen is zo nijpend en de vraag naar hulp zo dringend, dat onmiddellijke actie onontbeerlijk lijkt.

De planning voor zulk een actie vereist maatregelen, waaraan in het verleden nauwelijks werd gedacht. Voor elk opleidingsinstituut is het inderdaad moeilijk bepaalde acties in overweging te nemen, die schijnbaar traditionele waarden geweld aan doen. Maar de tandheelkunst mag niet ongevoelig blijven voor de stijgende behoefte aan hulp in de wereld.

Wat is nodig om aan deze overstelpende behoefte tegemoet te komen? Een rector van een Latijns Amerikaans land suggereerde drie gradaties in tandheelkundige mankracht: specialisten, algemeen-practici en hulpkrachten. Hij zei letterlijk: „Overstroom het land niet meer met inadequaat opgeleide tandartsen, maar met uitstekend geadueerde hulpkrachten.” Als deze handelwijze gemeengoed is geworden moet echter worden geconcludeerd, dat men niet alleen aandacht besteedt aan hulpkrachten doch evenzeer aan algemeen-practici, onder wier leiding zij werkzaam zijn. De algemeen-practici zullen door een veelvoud aan hulpkrachten moeten worden bijgestaan. Zij delegeren aan hen routinewerkzaamheden terwijl zij zich

zelf meer kunnen concentreren op een taak, die moeilijker maar afwisselender is.

De derde categorie moet geheel worden opgenomen in de professie. Die doelstelling kan het best worden verwezenlijkt door hen op te leiden in universitaire poliklinieken voor tandheelkunde. Sinds de curricula, verband houdend met de gezondheidszorg, gebaseerd zijn op de behoefte van de gemeenschap, moeten de studenten door het leren ondervinden wat teamverband inhoudt, er van worden doordrongen, dat de hulpkracht een wezenlijk onderdeel vormt van zijn tandheelkundige „uitrusting”, met als doel tot een uitgebreidere en betere service te komen, niet alleen in de z.g. „sociale sector”, maar ook in de particuliere praktijk en voor alle patiënten.

Mario M. Chaves heeft uiteengezet, dat sommige onderontwikkelde landen er een eer in stellen de maatstaven van een hoog ontwikkeld land, waarop zij historisch zijn georiënteerd, na te volgen en dat het daarom moeilijk is deze landen ervan te overtuigen, dat zij een oplossing voor het mankrachtprobleem zouden kunnen accepteren, waarvan bekend is, dat die geen gemeengoed is in hun „model-land”. Ik ben het daarmee volledig eens. Maar ik voeg er onmiddellijk aan toe, dat zich ontwikkelende landen er ook van moeten worden overtuigd, dat zij hier geen navolgers behoeven te zijn. Integendeel: zij kunnen pioniers en leiders zijn! Het overbruggen van de kloof tussen behoefte, curriculum en mankracht door middel van een verstandige en niet-emotionele benadering van de inzet van hulpkrachten verschaft hun die gelegenheid. Zoudt u, leiders van de professie in Latijns Amerika die gelegenheid niet met beide handen aangrijpen?”

Professie, tandheelkundige behoefte en
inzet van hulpkrachten

„Bevindt de tandheelkunst in Amerika zich op een tweesprong? Het zou niet verstandig zijn te generaliseren met betrekking tot een zo groot geografisch gebied, een groot aantal landen en een zo talrijke bevolking. Latijns Amerika is samengesteld uit vele naties, elk met hun eigen specifieke levensomstandigheden en doelstellingen. Zelfs de staten binnen de U.S.A. hebben – in tegenstelling met wat velen geloven – in verscheidene opzichten hun eigen sociaal-economische problemen.

Echter: een dwarsdoorsnede van de culturele research toont aan, dat in weerwil van een aanmerkelijke verscheidenheid alle culturele ontwikkeling een gemeenschappelijke noemer heeft. Ik ben ervan overtuigd, dat ervaringen met tandheelkundige hulpkrachten van toepasbare waarde zijn voor alle Amerikaanse landen.”

Aldus Durocher's aanhef. Hij gaat dan in op de primaire taak van de professie en stelt de historische controverse: het behartigen van bepaalde belangen tegenover de behoefte aan tandheelkundige gezondheidszorg, aan de orde. Deze belangen hebben een grote historische invloed gehad op de ontwikkeling van het beroep. Begrijpelijk en tot op zekere hoogte aannemelijk. Dit zou het inzetten van hulpkrachten wellicht een paradoxaal tintje kunnen geven.

Hij acht het waardevol een historische perspectief in zijn beschouwing te betrekken en maakt melding van de evo-

lutionaire ontwikkeling van mankracht in de wereld volgens het „W.H.O. Expert Committee on Auxiliary Dental Personnel” in 1958, dat voor dit probleem drie stadia aanbeveelt n.l. een *aanvangsstadium*, waarbij practici worden opgeleid en onder leiding in groepen gaan werken onder toezicht van een soort „gilde”; een *tussenstadium*, waarbij de opleiding reeds geschiedt op universitair niveau met een vrijere beroepsuitoefening, liefst met hulp van – zo mogelijk opgeleide – assistentes en ten slotte het *gevorderde stadium*, zoals dat in de meeste hoog ontwikkelde landen is bereikt, al dan niet met de inzet van hulpkrachten.

In aansluiting hierop zegt hij:

„Het is gewoonte om het gebruik van hulpkrachten in het licht van de evolutie van een medisch beroep te zien. Sommigen beweren zelfs, dat de professionele ontwikkeling de enige factor is, die doorslaggevend mag zijn bij het besluit tot inzet van hulpkrachten. Maar is dit juist? Deze decisie zou immers primair moeten worden genomen op basis van de tandheekkundige behoefte der gemeenschap.”

Ook de World Health Assembly bevestigde in 1965 deze laatste uitspraak door te stellen, dat de remedie voor het mankrachtprobleem niet alleen ligt in de expansie van opleidingsmogelijkheden, maar dat het accent ongetwijfeld moet komen te liggen op de opleiding van hulpkrachten.

Hij vervolgt:

„Als de werkelijke belangen der professie zijn verankerd in de behoefte der bevolking, moet dan de professie van een bepaald land in een vergevorderd stadium van ontwikkeling gekomen zijn, alvorens men begint met de training van hulpkrachten, die zowel preventief als ook curatief werkzaam zijn? Laat mij, om misverstand te voorkomen, hieraan toevoegen, dat deze hulpkrachten een welomschreven taak en bevoegdheid hebben, maar dat zij werken onder verantwoordelijkheid van de tandarts.”

Hij stelt dan vast, dat zelfs in sommige ontwikkelde landen hulpkrachten in toenemende mate worden ingezet, omdat daar gebleken is, dat deze inzet het enige middel was om tandheekkundige gezondheidsdiensten van mankracht te voorzien.

Tandheekkundige behoefte, inzet van hulpkrachten en hun taak

Na te hebben vastgesteld dat – hoewel aan sociale en economische hervormingen in vele Amerikaanse landen niet te ontkomen zal zijn – de tekortkomingen, speciaal in de minder ontwikkelde landen, te omvangrijk zijn om alleen door tandartsen te kunnen worden opgevangen, poneert hij het volgende argument voor de inzet van hulpkrachten:

„Er is een betere taak voor de tandarts met zijn opleiding en ervaring weggelegd dan eindeloos herhaalde routine-handelingen. Bijvoorbeeld: om te vermijden, dat deze handelingen allengs worden verricht op een laagstaand niveau is het noodzakelijk de problemen van een patiënt te benaderen vanuit het onmiskenbare voordeel van een uitgebreide diagnose en een behandelingsplan, dat rekening houdt

met zijn persoon en zijn sociaal-cultureel milieu. De tandarts zal degene moeten zijn, die de complexiteit van de problemen van zijn patiënt moet onderkennen. Dit impliceert, dat de tandarts een helder inzicht moet hebben in menselijke problemen. Daar is zijn hogere opleiding op afgestemd en deze is daarvoor ook bedoeld.”

Verder kan de tandarts dan in meerdere mate aandacht besteden aan de pathologie van de zachte weefsels, het kaakbot, dento-facio-maxillaire afwijkingen en ontwikkelings- en groeistoornissen, in een efficiënte samenwerking met de medische professie. Dit alles vraagt om een „dental health team”.

„In tegenstelling tot deze op niveau staande taken staat de uitvoering van die behandelingen, die niet meer vereisen dan training en routine, doch weinig te maken hebben met geestelijke activiteit met betrekking tot een correcte diagnose en het behandelingsplan.”

Hij haalt een typisch voorbeeld aan, vermeld door een econoom op de in 1961 in de U.S.A. gehouden „Policy Conference of Economic Growth and Investment in Education”:

„Gebrek aan mankracht bestaat in vele landen, doch de bestaande mankracht gebruikt zijn bekwaamheid niet effectief. Tekort en behoefte aan para-medisch personeel zijn nijpender dan dat van medische beroepsbeoefenaren.”

In dit verband haalt hij ook een uitspraak aan van de „Agency for International Development”, een groep experts die zich tot taak hadden gesteld een schatting te maken van de mankracht op het gebied van de gezondheidszorg in de wereld, luidende:

„Er bestaat een groeiende erkenning van de nijpende behoefte om meer personeel op te leiden met een beperkte wetenschappelijke educatie, zoals: medische assistentes, verpleeghulpen, technici, vroedvrouwen enz. in aantallen, die rekening houden met de behoefte aan gezondheidszorg in de naaste en verre toekomst. In hoog-ontwikkelde landen wordt het werk van elke medicus gemiddeld ondersteund door 10 tot 15 para-medisch opgeleide personen.”

Behoeft en vraag

Durocher gaat vervolgens in op de tegenstelling behoefte/vraag. Het argument, dat mankracht zich zou moeten instellen op de vraag naar hulp en dus *niet* op de behoefte, moet worden gezien in het licht van de medische „verzorgingsgezindheid”.

Deze wordt beïnvloed door ten minste 4 factoren:

1. De bekwaamheid van een leek om vast te stellen, dat zijn gezondheidstoestand te wensen overlaat.
2. Het zich bewust zijn van de mate, waarin zijn gezondheidsdeficiëntie kan worden beïnvloed door de medische wetenschap.
3. Zijn bezorgdheid over de betrekkingen tussen zijn behoefte om hulp in te roepen en zijn sociale omstandigheden.

4. Zijn vermogen, die hulp in te roepen, die aan zijn behoefte volledig tegemoet komt.

In dit verband wordt dan melding gemaakt van een zich snel ontwikkelende gezondheidsvoorlichting via verschillende media en communicatiemiddelen in talrijke landen, waardoor ongetwijfeld een stijgende vraag naar hulp ontstaat.

Hulpkrachten en curriculum

„De vraag of personen met een lagere opleiding dan die der tandartsen, intra-orale behandelingen kunnen uitvoeren verkeert niet langer in een experimenteel stadium. De ervaringen met de mondhygiëniste in de V.S., de „dental nurse” in Nieuw-Zeeland en Malakka, de „dental auxiliary” in Engeland, de „dental therapist” in het Canadese leger e.a. tonen evident aan, dat dit project uitvoerbaar is. Het vraagstuk ligt niet meer op het gebied van de research, maar duidelijk op de houding van de professie, die zich inderdaad op een tweesprong bevindt en zal moeten beslissen welke weg zij zal willen inslaan.”

Na te hebben gewezen op het onmiskenbare voordeel, wanneer de hulpkrachten volledig worden opgenomen in de professie als leden van een team voor gezondheidszorg, zowel in de z.g. „sociale sector” als in de particuliere praktijk en een opleiding ontvangen te zamen met de tandheelkundige studenten in eenzelfde instituut vervolgt hij:

„Zoals curriculum-ontwerpers tot het inzicht zijn gekomen, dat medisch-biologische en sociale kennis noodzakelijk is voor de tandarts om tegemoet te komen aan de tandheelkundige behoefte; zoals algemeen wordt erkend, dat röntgenfoto's en studiemodellen onontbeerlijke hulpmiddelen zijn voor de diagnose; zoals men zich – speciaal in Europa – gerealiseerd heeft, dat tandtechnici nodig zijn, zelfs voor de studenten, zo zal men in de toekomst moeten erkennen, dat ook andere hulpkrachten deel zullen moeten gaan uitmaken van de „uitrusting” van de tandarts. Op deze wijze zal deze laatste leren om gebruik te maken van alle maatregelen, die zullen leiden tot een uitgebreidere en betere „service” tot welzijn van zijn patiënten.”

Het ontwerp van de opleiding

In dit deel wordt allereerst opgemerkt, dat het imperatief voorschrijven van een modelopleiding in een tandheelkundig instituut in het begin op bepaalde moeilijkheden kan stuiten.

„Hoewel er voldoende bewijs is om een zo spoedig mogelijke inzet van hulpkrachten te rechtvaardigen, zouden toch op enigszins langere termijn voor een duidelijk en definitief opleidingsprogramma de vervulling van twee voorwaarden ideaal zijn, n.l.:

1. Een uitgebreid overzicht om de behoefte aan tandheelkundige hulp van een land vast te stellen (epidemiologisch onderzoek).
2. Een heldere analyse van de taak, die het dental health team te wachten staat.

Het eerste zou het mogelijk maken tandheelkundige ge-

zondheidszorg in een juist perspectief te zetten en deze de haar toekomstige plaats te geven in de totale gezondheidszorg, niet alleen voor het individu, doch ook voor de gemeenschap.

De taakanalyse zou gegevens kunnen verschaffen, die kunnen dienen als een basis om vast te stellen, welke tandheelkundige procedures door de tandarts zelf moeten worden uitgevoerd en wat kan worden gedelegeerd aan hulpkrachten.

Op deze wijze – en hopelijk als een onderdeel van een plan voor nationale gezondheidszorg – zou, in harmonie met sociale, culturele en economische factoren, een beslissing kunnen worden genomen om de soort en het aantal hulpkrachten te bepalen alsmede de welomschreven taak en bevoegdheid van elke soort, indien er aan meer dan één hulpkracht behoefte bestaat. Het is zonder meer duidelijk, dat het tandheelkundig onderwijs hierin een leidende rol moet vervullen en evenzeer zijn invloed bij hogere instanties moet aanwenden.”

Vervolgens noemt hij de volgende handelingen, die aan hulpkrachten kunnen worden gedelegeerd, zich basierend op suggesties van een groep onderwijsdeskundigen, verbonden aan de klinische afdelingen in de U.S.A.:

het meten van de bloeddruk;

het nemen van afdrucken voor studiemodellen en definitieve modellen voor het vervaardigen van volle en partiële prothesen;

het aanbrengen van cement over een calcium-hydroxyde overkapping;

het verwijderen van tijdelijke vullingen en het aanbrengen ervan in de endodontische therapie;

het vervaardigen van precisieafdrucken en het bepalen van de beet bij enkelvoudige kroonrestauraties;

het vastzetten van tijdelijke kronen of bruggen;

het aanbrengen van amalgaam- en silicaatcement-restauraties;

het modelleren van waspatronen bij de directe inlaytechniek;

het aanbrengen van cohesieve goudvullingen in klasse I- en V-preparaties;

het verwijderen van hechtingen;

postoperatieve behandeling van geïnfecteerde extractiewonden;

het cementeren en verwijderen van vaste orthodontische apparatuur;

het verwijderen van subgingivaal tandsteen en curettage van pockets.

Natuurlijk kan uit deze scala worden geselecteerd, al naar gelang het soort hulpkrachten, waaraan behoefte bestaat.*)

Hij wijst dan verder op het gevaar van het imiteren van opleidingen in andere landen. De opleiding dient gebaseerd te zijn op de pedagogische principes van het eigen

*) M.i. is de scala niet volledig. Er is met geen woord gerept over het maken van röntgenopnamen, gebitsreiniging al dan niet gevolgd door lokale fluoride-applicatie en T.G.V.O., m.a.w. er is geen aandacht besteed aan de preventie!

land en op de welomschreven taak van de toekomstige hulpkracht. En hij gaat voort:

„De basis voor de organisatie van het onderwijs mag niet berusten op de intuïtie van de faculteit, noch op de faciliteiten, die in een bepaald instituut al dan niet beschikbaar zijn. Hoezeer ook het zwaartepunt bij de opleiding wellicht gelegd kan worden op technische vaardigheid, niettemin zal de a.s. hulpkracht ter dege moeten worden gemotiveerd om haar duidelijk te maken, dat er een wezenlijke samenhang is tussen wat zij leert en het werk, dat later van haar wordt verwacht.”

Dit wordt met een voorbeeld geïllustreerd:

„Aangenomen, dat een hulpkracht wordt geleerd caviteit-preparaties uit te voeren en restauraties aan te brengen, wat zou dan beter zijn: de praktische lessen zó in te richten, dat prepareren en vullen over een tamelijk lange periode voor elke caviteit van iedere klasse als een eenheid op zichzelf wordt geoefend, of zou het aanbeveling verdienen duidelijk te wijzen op de samenhang van dezelfde grondbeginselen voor elk soort caviteitpreparatie? Is het bepaald nodig om uren en uren „tandensnijden” uit gips te beoefenen?

Ik stel uitdrukkelijk de volgende vraag aan de orde: Is het per se nodig bij de opzet van een opleidingsprogramma voor hulpkrachten het oude curriculum voor de tandheelkundige student geheel of gedeeltelijk over te nemen?

Voor alles zal het curriculum doortrokken moeten zijn van een breed perspectief van de tandheelkunst, zijn doelstellingen, zijn verantwoordelijkheden en zijn organisatorische structuur. De didactiek moet er op gericht zijn, dat de hulpkracht een specifieke taak heeft. De bijdrage van elk lid van een dental health team zal dan door geïntegreerde klinische ervaring in teamwork gericht moeten zijn op één doel: het welzijn van de patiënt, m.a.w. hoe doelmatig een divergentie in de verschillende curricula ook moge zijn, de opleiding in eenzelfde instituut moet convergeren in teamwork voor een uitgebreidere en betere „service”. De hulp-

kracht moet het gevoel krijgen, dat het deel uitmaken van een team een carrière voor haar kan betekenen en niet een tijdelijke baan.

Het plaatsen van de opleiding in universitair verband biedt ten slotte een bijkomstig voordeel: aangezien vernieuwingen in de opleiding gemakkelijker tot stand komen met een geheel nieuw programma, biedt het starten van een opleiding voor hulpkrachten een welkome gelegenheid om bestaande curricula en onderwijsmethoden te toetsen op meer efficiency en doeltreffendheid tegen de achtergronden van de tijd, waarin wij leven. Ten slotte zal de planning rekening moeten houden met het inbouwen van mogelijkheden tot evaluatie in het licht der doelstelling.”

Aan het slot van zijn betoog zegt Durocher:

„Er rest nog een belangrijke vraag. Moet de inzet van hulpkrachten langs evolutionaire weg geschieden of eist de tijd onmiddellijke invoering? Ik wijs hier nogmaals op het gevaar van generaliseren. Doch wél blijkt, dat in de meeste Amerikaanse landen de tijd niet aan de kant van de evolutie staat. En dit geldt natuurlijk in het bijzonder voor de minder ontwikkelde landen. Zoals Nehru eens zei: „Voor India is het leren rennen harder nodig dan leren lopen”.”

Naschrift

Het vraagstuk der hulpkrachten is in ons land actueler dan ooit. Overheid, beroepsorganisatie en onderwijs houden zich er mee bezig. Referent wil uitdrukkelijk stellen, dat hij niet in alle opzichten achter het bovenstaande staat. Maar – met anderen in onze professie – acht hij de inhoud behartigenswaardig.

N. A. K. M. van Erp,
Estepona, Spanje.

Literatuur:

Roy T. Durocher (1967): Auxiliary personnel – American dentistry at a crossroad? J. Am. College of Dentists 34: 133–146, July.

OVER TEGENWOORDIGE EN TOEKOMSTIGE CARIËSPREVENTIEVE MAATREGELEN

Inleiding

Met het groeien van het inzicht dat bestrijding van tandcariës door restauratieve behandeling onvoldoende mogelijkheden biedt voor massale gebitssanering en dat gebitsverzorging in de vereiste mate en kwaliteit mede daardoor tot een steeds dwingend sociaal probleem is geworden, heeft de behoefte aan preventie zich steeds sterker doen gevoelen.

Preventieve maatregelen op het gebied van voeding en hygiëne zijn sinds lang bekend. Zij zijn te beschouwen als logische uitvloeisels van huidige etiologische inzichten, ge-

baseerd op de theorie van Miller. Hun wezenlijke waarde voor het voorkómen resp. tijdig afvoeren van de schadelijke plaque is dan ook onbetwistbaar. De enige – zij het grote – hinderpaal voor een massaal effect is dat zij universele medewerking van alle belanghebbenden, in de eerste plaats de jeugd, eisen en dat is vooralsnog een te zware eis. De natuur is ook in dit opzicht altijd sterker gebleken dan de leer, zeker als zij wordt geholpen door de verlaging van de suikeraccijns.

Daarom is al jaren veler hoop gevestigd op de fluoridering van drinkwater, omdat die het aantal defecten rigoureuze vermindert en bovendien iedere op het waterleidingnet aangeslotene ten goede komt. Jammer genoeg ondervindt de invoering hiervan voortdurend vertraging door allerlei tegenstand. Dat juist vaak ondeskundige bestrijders hier-