

elementen dat meting van de transparante zone een intacte en vooral aan in de lengte doorgesneden tanden een betrekkelijk betrouwbare methode was voor accurate bepaling van de ouderdom van zowel manlijke als vrouwelijke individuen, althans tot de leeftijd van circa 75 jaar. De betrouwbaarheid was het grootst wanneer de metingen aan fronttanden geschieden. Het bleek dat niet-vitale ele-

menten tot dit doel ongeschikt zijn, omdat deze grote verschillen in de uitbreiding van de transparante zone tonen. In het onderzoek waren ook 14 geretineerde tanden betrokken. Hoewel bij deze elementen de variatie wat groter was, kon toch over het algemeen duidelijk een transparante zone in overeenstemming met de leeftijd van het individu worden vastgesteld.

Visser - Hilversum

ONDERWIJS

*Uit de afdeling
Conserverende tandheelkunde van de
Katholieke Universiteit te Nijmegen.
Hoofd: Prof. A. J. van Amerongen.*

SOCIALE TANDHEELKUNDE IN HET ONDERWIJS

H. W. DIPPEL

Sociale tandheelkunde is een veel omstreden begrip. Talloze interpretaties zijn ervan gegeven en ook vele definities, terwijl de term „sociale tandheelkunde” zelfs een ongunstige erfelijke belasting heeft verkregen. Er is dan ook gesproken over het bedenken van een nieuwe naam voor het vak „Sociale tandheelkunde” in het universitaire onderwijs, maar daar zijn nog al wat bedenkingen tegen aan te voeren. Welke naam zal het dan moeten zijn? Sociodontie geeft merkwaardige associaties met het begrip sociodontie in Groningen en is daarom alleen al niet te aanvaarden. Een woord als „gemeenschapstandheelkunde” is ook wel genoemd, maar mij klinkt het woord niet zo erg prettig in de oren, terwijl het niets anders is dan een letterlijke vertaling van het woord sociale tandheelkunde.

Waar het om gaat is dus eigenlijk: welke definitie en inhoud moeten we geven aan het begrip sociale tandheelkunde? Ook sociale geneeskunde is er niet in geslaagd een onaanvechtbare definitie te vinden; dat geldt voor de tandheelkunde evenzeer.

Zelfs binnen de huidige generatie van beroepsgeenoten bestaan al verschillende houdingen tegenover dit probleem. Vooral bij de ouderen wordt sociale tandheelkunde vereenzelvigd met ziekenfonds-tandheelkunde, of zoals collega Stork het onlangs onder woorden bracht: „De georganiseerde, curatieve en restauratieve behandeling van groepen van de bevolking.” Dit is ongetwijfeld een deel van de sociale voorzieningen, maar de opvatting dat dit sociale tandheelkunde is, moet ten sterkste bestreden worden. Zelfs kan men terecht de term a-sociaal hierbij verdedigen.

Er is een sterke ontwikkeling van het denken over tandheelkundige problematiek. In een artikel van Richards (1965) in de *British Dental Journal* wordt o.a. Parsons aangehaald: „According to Parsons (1952): 'illness is a

state of disturbance in the normal functioning of the total human individual... it is partly biological and partly socially defined.’

What then of dental illness? We are now coming to realise that 'health is profoundly influenced by the economic and social environment, which acts in many ways to shape the contours of disease in populations as well as in individuals' (Susser and Watson, 1962), and also beginning to study to what extent dental illness, in particular, is distributed over the population. This study had been termed both dental sociology and social dentistry, and, as it is concerned with the relations between society and dental disease, and dental fitness, it has been termed a science – 'a practical science which applies sociology and dentistry to society' (Broekhuizen, 1952). It includes studies of (a) the dental profession, (b) the relationship of dentistry to its public, and (c) social factors in the prevalence and incidence of disease.”

Dit is een totaal andere benadering dan de tot nu toe gebruikelijke in de opleiding, nl. een inleiding over het ziekenfondsverstrekkingenpakket en wat mededelingen over het ontstaan van het probleem van de onbevoegden en van de tandheelkundigen, en dat alleen in het zesde studiejaar.

Immers, en dat is al aardig te lezen uit het verslag van het Bemiddelingsbureau van de Maatschappij over het soort vragen door afstuderenden gesteld, er begint besef te komen voor een totaal andere benadering van de tandheelkunde: niet langer leiden wij mensen op voor een vak, voor een ambacht, maar wij bekwamen een student op academisch niveau voor een nuttige functie in de tandheelkundige verzorging van de gemeenschap – hetgeen vanzelfsprekend ook een honorering inhoudt. De patiënt komt centraal te staan in het denken en doen als deel van die gemeenschap.

Sociale tandheelkunde houdt zich dus bezig met algemeen tandheelkundige zorg: zorg óm en verzorging ván. Samenvattend zou men kunnen zeggen: „How does who do what for whom, and why.”

Ook andere definities zijn nog wel denkbaar. Collega Hokwerda definieerde sociale tandheelkunde als volgt: „Onder sociale tandheelkunde dient men te verstaan de organisatie- en verschijningsvormen van de tandheelkundige gezondheidszorg en de tandheelkundige professie, in samenhang met de samenleving waarop zij betrekking hebben.” Dat wijkt iets af van datgene wat collega Kuipéres schrijft in het verslag van een cursus Dental Public Health

van augustus 1969 in Londen, waarin hij stelt: „Sociale tandheelkunde is een wetenschap die het verband bestudeert tussen epidemiologische gegevens van tandheelkundige aard en gegevens inzake het menselijk gedrag.” Deze laatste definitie gaat meer in de richting van de sociologie en de epidemiologie. Ook in de doelstellingen van de World Health Organization Expert Commissie 1962 voor het tandheelkundig onderwijs vinden wij de sociale tandheelkunde terug onder punt vier: een gepast gevoel voor beroepsethiek en de plaats van het beroep, en onder punt vijf: de aanvaarding van de verantwoordelijkheid van de tandarts voor de gemeenschap, waarin hij leeft en de daarmee gepaard gaande leidende positie die hij daarmee inneemt. Het zesde punt van dit rapport sluit ook nog enigszins aan bij de sociale tandheelkunde: het vermogen en de wil om zich in te zetten voor de preventie.

Hoe zijn deze gedachten nu in het onderwijs te verwezenlijken? Wij zouden de student inzicht moeten geven in deze algemene ontwikkelingen, in deze algemene definities en van deze collectief aanvaarde doelstellingen. In al deze definities zit een vorm van waarheid. Er is veel tijd te vullen met het zoeken naar een absolute definitie, maar verwijzend naar een eerder gemaakte opmerking, namelijk dat ook de sociale geneeskunde er niet in is geslaagd om een onaanvechtbare definitie te vinden, meen ik dat wij het moesten laten bij deze algemene en algemeen aanvaardbare definities. Wij zouden de student dus moeten leren deze doelstellingen te aanvaarden en te onderschrijven en in eigen doelstellingen te vertalen, zodat hij ze in zijn praktijk kan toepassen, waarbij hij zich op de collectieve doelstellingen blijft richten (Hokwerda). Daarnaast moet de student zich kritisch leren opstellen in zijn professie en professionele organisaties en hij moet actief betrokken zijn bij de opbouw en uitbouw van de tandheelkundige verzorging van de gemeenschap. Dit komt neer op een begeleiden van de student in zijn ontwikkeling tijdens de gehele studie, van het eerste tot en met het zesde jaar. Een mentaliteitsopbouw dus, zowel moreel, ethisch als praktisch in de directe uitoefening van zowel curatieve als preventieve tandheelkunde.

De plaats van de sociale tandheelkunde is daarmee tevens aangegeven, nl. tussen, verweven en in direct contact met de hele groep sub-disciplines, ten nauwste betrokken bij de opbouw – organisatorisch – van zowel de opleiding van tandartsen als de voorlichting van de gemeenschap, en het scheppen van voorwaarden voor optimale tandheelkundige verzorging van die gemeenschap.

Preventieve en conserverende tandheelkunde hebben elkaar in Nijmegen reeds duidelijk gevonden, niet alleen in theorie, maar vooral in de praktijk. De praktische uitwerking van de sociale tandheelkunde ligt op dit moment geheel bij de ontwikkeling van de preventie, parodontologie en pedodontie (conserverende tandheelkunde), met een incidentele bijdrage uit andere vakgebieden. Nodig is een duidelijke integratie van de gehele opleiding, waarbij de hier beschreven facetten volledig tot hun recht dienen te komen, gesteund vanuit een centrale organisatie die zich bezighoudt met de wetenschap sociale tandheelkunde.

Confrontatie van de eerstejaarsstudenten met deze houding kan een positieve bijdrage leveren voor hen zelf en de tandheelkunde. De student moet weten wat later van hem verlangd zal worden, en hij moet de tijd en de begeleiding hebben om zich daarop voor te bereiden en in te stellen, maar vooral om te bepalen of hij bereid is om dit te doen.

Dit zou een natuurlijke selectie kunnen geven in de eerste studiefase en ons kunnen verlossen van de verwijten van zowel de „omzwaaiers”, die na drie jaar vaststellen dat ze wat anders hadden verwacht, als van de jonge collega die onvoorbereid staat tegenover de problemen die hem bestormen na het beleven van de ceremoniële uitreiking van zijn bul en het daarbij plichtmatig opzeggen van de formule van eed resp. belofte.

Dit betekent een duidelijke programmering van de introductiefase, aansluitend op het „entering behaviour” van de student en een duidelijke begeleiding naar de uitoefening – met daartussen in het verstrekken van informatie om hem te prikkelen tot eigen oordeelsvorming en stellingname, gebaseerd op kennis van zaken. Dat klinkt allemaal heel mooi, maar wat is het „entering behaviour” van de student? De tandheelkundige studenten vormen een deel van de maatschappij dat zich daarin groepeerd, en zich op een of andere grond bereid verklaart te gaan studeren, en dan nog wel speciaal tandheelkunde te gaan studeren. De motivering daarbij is niet duidelijk, er zijn weinig gegevens over bekend. Een belangrijk motief is het financieel-economische: „In de tandheelkunde is de straat met goud geplaveid.” Dit argument begint te verouderen, wanneer wij kijken naar de reeds vermelde opmerkingen van het Bemiddelingsbureau van de Maatschappij. Hierbij kan misschien een rol gespeeld zijn door de vanzelfsprekendheid van de sociaal-economische positie van de tandarts.

Zeker is dat de student in het eerste jaar geen idee heeft van wat die tandheelkundige opleiding eigenlijk inhoudt, en waartoe en waarvoor hij opgeleid wordt.

Die vraag wordt ook gesteld door de docenten zelf en heeft aanleiding gegeven tot het vormen van een Onderwijscommissie, die zich bezighoudt met de doelstellingen van het onderwijs. Wat voor een tandarts moeten wij opleiden? Moet dat een tandarts zijn die aangepast is aan het niveau zoals dat thans in de praktijk bereikbaar schijnt te zijn, of moeten wij doorgaan een „volslagen” tandarts op te leiden die beschikt over alle basiskennis, die hem door de docenten meegegeven zou kunnen worden? Wat zal de rol zijn van de preventie in de toekomst, en wat zal er gebeuren in de ontwikkeling van de tandheelkundige hulpmiddelen?

De Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde houdt zich reeds jarenlang met deze problematiek bezig. Ook in het onderwijs geldt deze zelfde problematiek, zij het dan dat aanvankelijk van een verschillend standpunt werd uitgegaan. Zeker is dat er een enorme discrepantie bestaat tussen onderwijs en praktijk op dit moment.

Dit facet, deze discrepantie, valt de student al zeer snel op als hij zelf patiënt is. Immers zodra er over in het onderwijs normale zaken als cofferdam wordt gepraat, zodra er wordt gesproken over kogelsterilisatoren bij wortelkanaal-

behandelingen, over polijsten van vullingen, zodra er een röntgen bitewing controlefoto wordt gemaakt, wat reeds in het eerste jaar gebeurt, dan vallen hem enkele schellen van de ogen. Al zeer snel krijgt de docent te horen: „Ja, maar dat doet u in de praktijk ook niet.”

In principe moeten wij er vanuit gaan dat een student die pas begint te studeren, vervuld is van een ideaal. Het zou onjuist zijn om aan dit ideaal geen verder voedsel te geven, om het niet verder te laten ontwikkelen. Daarom lijkt het ons verstandig om in het eerste jaar te beginnen met een uiteenzetting over de mechanische zijde van het vak door eenvoudig aan de hand van voorbeelden te laten zien wat een tandarts zo al doet in de praktijk, wat hij kan doen, en kort daarna, wanneer de eerste kennismaking met de studie heeft plaatsgevonden, hem te wijzen op de status-quo die nu eenmaal in de tandheelkunde bestaat. Daarbij worden dan onmiddellijk een aantal problemen gesteld. Duidelijk is dat wij hierbij uitgaan van tandheelkunde-op-niveau.

Met het beschrijven van de status-quo is de eerste fase van de introductie afgesloten. Er wordt op het ogenblik gesproken bij de Maatschappij over een studenten-lidmaatschap. Niets zou welkomer zijn dan een eenvoudig lidmaatschap, waarbij stemrecht en toegang tot vergaderingen niet zo erg belangrijk zijn, maar waarbij de student zou kunnen beschikken over het materiaal waaruit hij kan lezen wat er in de Maatschappij gebeurt *en daarbij betrokken wordt*. Ik doel daarmee speciaal op het rapport-Mahler, het plan 13-jarigen, de groene saneringskaart en dergelijke ontwikkelingen. Deze lectuur zal het gestelde probleem in het begin van de studie nader toelichten, eventueel onder begeleiding van een docent in de sociale tandheelkunde. Daarnaast moet de student komen tot een inzicht in de opbouw van de gezondheidszorg in Nederland en hij zal zich moeten realiseren dat de situatie die nu eenmaal is bereikt, niet zo maar vanzelf is gegroeid, maar dat door zeer veel hardwerkende en goed bedoelende mensen het uiterste is gedaan om zo veel mogelijk te bereiken in het belang van de tandheelkunde zoals men die op dat moment zag.

Tegelijkertijd is in deze introductiefase de opleiding in de preventieve tandheelkunde van start gegaan. De preventieve tandheelkunde immers bepaalt op dit moment een zeer groot gedeelte van ons denken, gesteund door de ommezwaai van een curatieve naar een preventieve benadering van de tandheelkundige problematiek.

Er komt hier een serie onderwerpen ter sprake, die goeddeels het domein zijn van de docenten in de preventieve tandheelkunde. De wijze van het voeren van een gesprek met een patiënt, het opbouwen van een vertrouwenssituatie, de instructie mondhygiëne en de controle daarop, valt geheel onder preventieve tandheelkunde. Daarnaast zal de sociale geneeskunde een belangrijke bijdrage kunnen leveren, in eerste instantie door inzicht te geven in de opbouw van de gezondheidszorg in Nederland, en de wijze waarop deze te beïnvloeden valt.

Het tijdstip om te gaan praten over problemen van praktijkuitoefening is moeilijk te bepalen. In eerste instantie heeft de student tegenwoordig ruimschoots de mogelijk-

heid om te praten met alle docenten wanneer hij een bepaald probleem heeft. Anderzijds is het zo dat er bepaalde financieringsproblemen zijn die het wel eens verstandig zouden kunnen maken om reeds in de buurt van het kandidaatsexamen over bepaalde aspecten hiervan te spreken. Zeker moet dit gebeuren voordat het D₂-examen is afgelegd. Ook de praktijkvoering, administratie, verzekeringen, afrekeningen met ziekenfondsen, het al dan niet inrichten van groepspraktijken en dergelijke zijn onderwerpen die in eerste instantie thuis horen in de tweede helft van de studie.

In Nijmegen wordt op dit ogenblik voor het vijfde en zesde studiejaar een aantal voordrachten gegeven, meer in de sfeer van besprekingen, waarbij ook experts worden uitgenodigd, bijvoorbeeld financieringsexperts, om de sprong naar de praktijk zo goed mogelijk te begeleiden. Daarnaast zijn plannen in voorbereiding om de zesdejaarsstudent een stage preventieve tandheelkunde in de praktijk te laten lopen.

Het belangrijkste echter van de hele inbreng van de sociale tandheelkunde moet zijn, dat de kritische instelling van de toekomstige tandarts tegenover de professionele organisatie en de samenleving, aanleiding zal zijn tot het verkrijgen van verbeteringen in de huidige situatie, en ons allen zal helpen tot het bereiken van optimale tandheelkunde voor de gehele gemeenschap.

Literatuur:

1. Richards, N. David (1965): Sociological studies in the field of dentistry. Brit. D. J. 7, sept.
2. Broekhuizen, H. (1952): Social dentistry. Int. D. J. 3: 124-128.
3. Morse Duning, James (1970): Principles of dental public health. Second edition. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
4. Ned. Mij. Bev. Tandheelk. (1968): Verslag Bemiddelingsbureau over activiteiten.
5. Cawson, R. A. (1969): Some shortcomings of dental education. Brit. D. J. 16, sept.
6. Walsh, Sir John (1969): New trends in dental education. Brit. J. D. Education 16.
7. Ned. Mij. Bev. Tandheelk. (1970): Verslag vergadering docenten Sociale tandheelkunde te Utrecht d.d. 10-9. (Niet gepubliceerd.)
8. World Health Organization (1962): Expert Commissie: algemene doelstellingen tandheelkundig onderwijs.