

allerminst ontgonnen gebied in te zetten. Vooral ook de juiste voorlichting in het allervroegste stadium van ouders, verzorgers of begeleiders zal op hem neer kunnen komen, terwijl de behandeling zal appelleren op zijn aanpassingsvermogen en inventiviteit.

ONDERWIJS

TAAK EN FUNCTIE VAN DE AFDELING 'ORAL DIAGNOSIS' VAN DE SCHOOL OF DENTISTRY, UNIVERSITY OF WASHINGTON, SEATTLE*)

A. C. M. VAN DE POEL

Vastgesteld moet worden dat tussen een Amerikaanse Dental School en een Nederlandse Tandheelkundige Subfaculteit nogal wat verschillen bestaan. Deze komen niet alleen tot uiting in de organisatie maar ook in de manier waarop het onderwijs wordt aangeboden en verzorgd. Een duidelijk voorbeeld is de aanwezigheid van een afdeling 'Oral Diagnosis'. Het is niet eenvoudig een bondig Nederlands equivalent voor deze term te bedenken. De letterlijke vertaling: 'Orale diagnostiek' doet aan het begrip wat tekort, want, zoals nog zal worden uiteengezet, het omvat de totale medische en tandheelkundige beoordeling van de toestand van de mond en zijn omgevende weefsels. Daarom werd gekozen voor de term 'Algemene diagnostiek van de mondholte'.

De lezer zal intussen hebben begrepen dat het een afdeling betreft die tot nu toe in Nederland geheel ontbreekt. Wél wordt binnen sommige subfaculteiten al in die richting gedacht. Het lijkt daarom van belang eens na te gaan wat de taak en de functie van een afdeling Algemene diagnostiek van de mondholte in een Amerikaanse Dental School inhoudt. Als voorbeeld mag dienen de situatie aan de University of Washington, alwaar de schrijver enige tijd heeft doorgebracht.

Allereerst wat achtergrond-informatie. Het oro-faciale gebied is voor de medische specialisten een randgebied, maar tevens één, waar diverse disciplines elkaar ontmoeten, zo niet overlappen. Men hoeft daarvoor slechts te denken aan het werkterrein van de kaakchirurg resp. specialist mondheelkunde, de plastisch-chirurg, de keel-, neus-, oorarts en de huidarts. Een derhalve ook voor specialisten emotioneel beladen gebied, waarin bovendien verscheidenen van de genoemde specialisten zich niet de bij uitstek deskundigen kunnen noemen. Daar komt nog bij dat in de Verenigde Staten de indruk bestaat, dat de kaakchirurgen meer operatief-diagnostisch zijn ingesteld dan dat zij specifiek zijn gericht op de diagnostiek van bijvoorbeeld slijmvliesaandoeningen en de behandeling hiervan. De scholing van de

Gehoopt mag worden dat in het toenemend spanningsveld ten aanzien van de kosten en baten van de gezondheids- en verzorgingszorg, en met name van de laatste, niet juist deze minder militante groepen het kind van de rekening zullen worden, wat zij zoveel eeuwen zijn geweest.

v.S.

tandarts-algemeen-practicus in de Algemene diagnostiek van de mondholte is hier in het verleden dan ook wel eens wat zwak geweest. In tegenstelling tot Nederland, waar vakken als Interne geneeskunde, Dermatologie etc door medische specialisten aan de tandheelkundige studenten worden gedoceerd, is dit in Amerika vrijwel nooit het geval vanwege organisatorische (financiële) moeilijkheden. Om nu deze problemen op te lossen of te voorkómen creëerde men in de Verenigde Staten afdelingen Algemene diagnostiek van de mondholte. Het voordeel hiervan voor de patiënten is, dat er nu in de Dental Schools specifiek deskundigen voor dit gebied aanwezig zijn. Patiënten kunnen zowel door de tandarts als door de arts worden verwezen en men is nu dank zij de specialistische kennis en ervaring binnen deze afdelingen in staat de patiënten een optimale behandeling te bieden. Verder onderhoudt men zeer nauwe contacten met alle in dit gebied werkzaam zijnde medische specialisten; doorverwijzen en/of samen behandelen van de patiënten is dan ook routine. Het laat zich horen dat een dergelijke centralisatie uit onderwijskundig oogpunt vele mogelijkheden biedt. Immers uit de patiëntenbehandeling kan veel informatie worden verkregen over het vóórkomen van allerlei typen afwijkingen en over het al dan niet herkennen daarvan door de algemeen-practici. Deze informatie is van groot belang voor het adequaat kunnen geven van onderwijs. Bovendien is het eenvoudiger te coördineren en aan te bieden in een tandheelkundige context.

Doelstelling

De algemene doelstelling van een afdeling Algemene diagnostiek van de mondholte is: het verwerven van kennis en ervaring op het gebied van geneeskunde, röntgenologie en diagnostiek van de mondweefsels, die nodig zijn om de tandheelkundige studenten en practici te kunnen opleiden en het verband tussen de verschillende facetten van deze materie duidelijk te leren zien. Onder Algemene diagnostiek van de mondholte ('Oral Diagnosis') wordt verstaan de wetenschap die zich bezighoudt met het verzamelen, vastleggen en evalueren van informatie welke bijdraagt tot het identificeren van afwijkingen in het hoofd-halsgebied, samenhangend met de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Doel van het verkrijgen van deze informatie is: het stellen van de diagnose, met behulp waarvan een behandelingsplan kan worden opgesteld. Orale geneeskunde ('Oral Medicine') kan worden omschreven als dat gedeelte van de tandheelkunde, dat betrokken is bij de diagnose en de niet-chirurgische behandeling van primaire en/of secundaire ziekten en/of afwijkingen in het oro-faciale gebied.

*) Publikatie mogelijk gemaakt door het toekennen van een Z.W.O.-stagebeurs.

Taak en functie

De taken van de afdeling Algemene diagnostiek van de mondholte zijn:

1. Selectie van patiënten;
2. Onderwijs;
3. Patiëntenbehandeling;
4. Ziekenhuistandheelkunde;
5. Research.

Ad 1. Selectie van patiënten

Eén van de belangrijkste taken van de afdeling is het selecteren van patiënten, die geschikt zijn om in een onderwijssituatie te worden behandeld. Deze taak is vergelijkbaar met de functie van de zogeheten poliklinieken, die aan veel subfaculteiten in Nederland bestaan. In Seattle is de selectie echter geheel gecentraliseerd; zij vindt plaats in de zogenoemde Diagnose-kliniek. De procedure is als volgt:

De patiënt meldt zich persoonlijk voor registratie. Tijdens een kort interview (15-20 minuten) worden zijn verwachtingen en zijn instelling ten aanzien van de tandheelkundige behandeling onderzocht. Tevens ontvangt hij uitvoerige informatie en documentatie over de mogelijkheden van behandeling, de kosten, de tijdsduur en de verwachtingen die de Dental School heeft van de mate van beschikbaarheid der patiënten. Kunnen beide partijen met elkaars voorwaarden accoord gaan, dan tekent de patiënt een formulier, waarin hij verklaart op de hoogte te zijn van de daarin beschreven voorwaarden en ermee in te stemmen. Eventueel neemt de patiënt het formulier mee naar huis om alle verstrekte informatie nog eens rustig door te lezen en te overwegen, waarna hij het getekend terugzendt. Pas daarna wordt hij voorlopig ingeschreven: binnen 2 á 3 weken ontvangt hij dan een oproep voor het doen vervaardigen van een röntgenstatus en van drie kleurenfoto's (een occlusaal aanzicht van de onderkaak, een dito van de bovenkaak en een frontaanzicht met de elementen in occlusie). Alvorens deze opnamen worden gemaakt, onderzoekt de röntgenlaborante de mond van de patiënt oppervlakkig op ernstige of opvallende afwijkingen (cariës uitgezonderd). Bij een positieve of twijfelachtige uitslag roept zij de hulp van een tandarts in. De patiënt wordt zo mogelijk geholpen of anders verwezen.

De röntgenstatus en de mondfoto's worden vervolgens beoordeeld met behulp van een 'screening system'. Hierbij worden aan allerlei uit te voeren verrichtingen punten toegekend. Afhankelijk van de score wordt de patiënt nu weer voorlopig aangenomen of geweigerd. Het puntensysteem is gebaseerd op de eisen, die door de verschillende afdelingen zijn geformuleerd ten aanzien van het type behandeling dat men kan uitvoeren. De 'voorlopig' aangenomen patiënt ontvangt nu een oproep voor de Diagnose-kliniek. Hier ondergaat hij een uitvoerig onderzoek. Dit bestaat uit:

- a. Het door de patiënt invullen van een gezondheidsvragenlijst van 60 items, met als keuzemogelijkheid ja-nee. De ja-antwoorden worden met de patiënt nader doorgenomen en zonodig verder onderzocht.
- b. Het informeren naar de algemene gezondheidstoestand,

eventueel ondergane medische behandeling en reacties hierop.

- c. Een algemeen gezondheidsonderzoek. Dit omvat o.a. een algemene beschrijving van verschillende kenmerken van de patiënt: voorkomen, wijze van bewegen, gelaatsvorm, kleur en structuur van huid en nagels, verder bijzonderheden aangaande de extremiteiten, de functie van spieren en gewrichten en tenslotte bestaande gewoonten.
- d. Het opnemen van de lichaamstemperatuur, de pols, de bloeddruk en de wijze van ademen.
- e. Een uitvoerig onderzoek van hoofd en hals, met inbegrip van het kaakgewricht.
- f. Een eenvoudig onderzoek van neus, oren en ogen.
- g. Een grondig onderzoek van mond- en keelholte, met afsluitend bestudering van gebit en parodontium.

Na het overwegen van deze gegevens, alsmede van röntgenstatus, klachtenlijst en problemen wordt een zogenoemde probleemlijst opgesteld, met behulp waarvan een behandelingsplan wordt geformuleerd. Het gehele onderzoek wordt afgesloten met een presentatie aan de patiënt van de bevindingen, de mogelijke oplossingen, de te investeren tijd, etc. Afhankelijk van deze uitkomsten kan de patiënt ook in dit stadium weer worden aangenomen of afgewezen. Gaat hij evenwel met de voorgestelde behandeling accoord, dan moet hij een dienovereenkomstige verklaring tekenen; hij ontvangt hiervan een duplicaat, evenals van het behandelingsplan en de kostenbegroting. Indien er twijfel bestaat over de geschiktheid van de patiënt voor onderwijsdoeleinden, wordt zonodig de betrokken afdeling als consulent geraadpleegd. De duur van het onderzoek bedraagt in het algemeen ongeveer 3 uur: het wordt uitgevoerd door studenten. De presentatie van bevindingen en behandelingsplan aan de patiënt geschiedt meestal in een afzonderlijke zitting, om voldoende studie- en voorbereidingstijd te hebben. Is de patiënt eenmaal aangenomen, dan wordt hij op de wachtlijst geplaatst en krijgt te zijner tijd een oproep.

Tussen de data van aanneming en eerste behandeling kan nogal eens wat tijd verstrijken en dus bestaat de mogelijkheid dat intussen acute pijnklachten optreden. Ook bij patiënten die al in behandeling zijn, resp. zijn geweest, kan dit natuurlijk het geval wezen. Voor het verhelpen van deze klachten is een zogenoemde 'Eerste Hulp-kliniek' beschikbaar. Hiervan kan ook door niet-ingeschreven patiënten gebruik worden gemaakt. Deze kliniek is gedurende de hele week de gehele dag geopend. Behandeling geschiedt echter *uitsluitend* op afspraak. Men tracht dan de pijn te bestrijden c.q. te verlichten. Het betreft dus alléén maar noodsituaties, waarvoor slechts tijdelijke oplossingen, b.v. in de vorm van noodrestauraties, worden geboden. Voor een meer definitieve behandeling wordt de patiënt terugverwezen naar de betrokken afdeling of naar zijn tandarts. Gedurende de weekeinden en 's nachts kan eveneens hulp worden verleend. De behandelingen worden door alle studenten uitgevoerd; de gemiddelde behandelingsduur per zitting bedraagt circa één uur.

Alle patiënten met (pijn)klachten passeren deze kliniek. Dit betekent dat patiënten, die voor extractie(s) komen of die

abcessen hebben, ook eerst hier worden geregistreerd, om vervolgens te worden verwezen naar de afdeling Mondheelkunde. Tevens bestaat in de Eerste Hulp-kliniek voor de studenten gelegenheid, spoedgevallen bij hun 'eigen' patiënten te behandelen. Ook in deze gevallen moet echter eerst een afspraak worden gemaakt in verband met het beschikbaar zijn van een behandel-unit. Voor alle behandelingen, van inschrijven tot verwijzen, moet worden betaald. De tarieven zijn betrekkelijk hoog. Het verschil met de tarieven van de algemeen-practici is zelfs maar gering en neemt nog voortdurend verder af. Het aantal patiënten dat zich voor behandeling meldt, wordt dan ook steeds kleiner.

Ad 2. *Onderwijs*

Het onderwijs dat wordt gegeven is veelomvattend en sterk medisch geïntendeerd. Het valt uit een in drie hoofdgroepen te weten:

- a. het onderwijs aan studenten;
- b. de opleiding van specialisten;
- c. het postacademisch onderwijs.

a. *Het onderwijs aan studenten*

Voor de studenten omvat het onderwijs: 1. Fysische diagnostiek, 2. Orale diagnostiek, 3. Tandheelkundige röntgenologie, 4. Voedingsleer, 5. Keel-, neus- en oorheelkunde, 6. Oogheelkunde, 7. Dermatologie, 8. Interne geneeskunde, 9. Het opstellen en bespreken van behandelingsplannen, 10. Gesprekstechniek, 11. Ziekenhuistandheelkunde, 12. Eerste hulp, zowel medisch als tandheelkundig, (zie Exc. odontol. Sectie X, nr 449, mei 1976), 13. Praktijkorganisatie. Dit programma wordt geheel verzorgd door medewerkers van de afdeling zelf.

b. *De opleiding van specialisten*

Het onderwijspakket voor de specialisten in opleiding omvat dezelfde items als dat voor de studenten, met dien verstande dat de verschillende vakken nu meer diepgaand worden behandeld en dat ook meer achtergrondinformatie wordt verstrekt. Bovendien bevat het nog cursussen in Statistiek, Anesthesiologie, Research-methodologie, Epidemiologie, Farmacologie, Pathologie en Onderwijskunde. Bovendien zijn er wekelijks patiëntenbesprekingen en literatuurconferenties. De duur van deze opleiding is 24 maanden. Zij wordt meestal gevolgd in het kader van een assistentschap aan de afdeling, opdat de betrokkenen gedurende de opleidingsperiode toch een salaris kunnen genieten. Het gevolg hiervan is echter dat de opleidingsduur circa 4 jaar bedraagt. De opleiding wordt besloten met het schrijven van een 'thesis' die minimaal de omvang en de kwaliteit dient te hebben van een artikel, zoals in een internationaal erkend tijdschrift wordt gepubliceerd.

Het beschreven onderwijs wordt voornamelijk aangeboden in zogeheten zelfinstructie-cursussen. Het is sterk op feiten gericht en alles wordt gezien en benaderd vanuit een tandheelkundig standpunt. De zelfinstructie wordt gecombineerd met colleges, vragenuurtjes en klinische oefeningen. De specialisten-opleiding is echter vrijwel alleen op zelfstudie gebaseerd. De gegeven cursussen worden na afloop door middel van een enquête door de afdeling Onderwijskunde geëvalueerd.

c. *Het postacademisch onderwijs*

Het postacademisch onderwijs wordt aan de University of Washington aangeboden in de vorm van eendaagse of halvedaagse cursussen. Per cursus wordt één onderwerp behandeld. Voor deze cursussen worden zgn. 'credieturen' gegeven. Iedere tandarts in de staat Washington is wettelijk verplicht per tijdseenheid een minimum aantal credieturen te behalen. De cursussen zijn betrekkelijk kostbaar: circa \$ 75 per dag. De belangstelling is echter overweldigend. De meeste cursussen zijn vele malen overtekend.

Ad 3. *Patiëntenbehandeling*

De onder het hoofdstuk Selectie van patiënten al besproken Eerste Hulp- en Diagnose-klinieken zouden ook hier kunnen worden vermeld. Dit zijn, zoals is gebleken, echter meer doorgangsposten dan echte behandelcentra, waar een eenmaal begonnen behandeling ook wordt voltooid en waar de resultaten ervan kunnen worden vervolgd om een evaluatie van de toegepaste technieken en materialen mogelijk te maken. Een dergelijk centrum nu is de kliniek voor Algemene diagnostiek van de mondholte. Hier komen de patiënten in behandeling met klachten en afwijkingen in het oro-faciale gebied. Vele hiervan zijn verwezen door tandartsen en specialisten en zij vormen dan ook ware probleemgevallen. Maar door de specialistische kennis en ervaring, benevens een systematische aanpak kan toch in zeer veel gevallen doeltreffende hulp worden geboden. De kliniek voor Algemene diagnostiek van de mondholte werkt zeer nauw samen met alle medische specialisten, neemt zonodig de verwijslast van de patiënt insturende (tand)arts over en regelt en coördineert de samenwerking van alle betrokken specialisten ten bate van het welzijn van de patiënt. Zonodig is ook psychologische en/of psychiatrische hulp aanwezig. Al deze hulp dient echter wel door de patiënt te worden betaald. De kliniek wordt bemand door de specialisten in de Algemene diagnostiek van de mondholte en door de assistenten in opleiding.

Ad 4. *Ziekenhuistandheelkunde*

Als Nederlander is men snel geneigd om in plaats van 'ziekenhuistandheelkunde' te spreken van 'tandheelkunde in een ziekenhuis'. Welnu, deze term geeft het begrip dan ook goed weer, want het betreft de behandeling van patiënten, die in een ziekenhuis zijn opgenomen. Bijgevolg is daar de ruimte gelegen waar de patiënt moet worden geholpen. De medewerkers zijn speciaal geschoold in, en geheel ingesteld op, de tandheelkundige behandeling van ziekenhuispatiënten met specifieke afwijkingen, die op deze behandeling van invloed kunnen zijn. Als voorbeeld kan worden genomen een extractie bij een lijder aan hemofilie. Om een optimale behandeling mogelijk te maken is een goede samenwerking met de verwijzende medische specialist onontbeerlijk. Aan deze communicatie wordt dan ook veel aandacht besteed. Ziekenhuistandheelkunde wordt in de Verenigde Staten als een sub-specialisme beschouwd. Deze onderafdeling leidt dan ook een aantal mensen op. De opleidingsduur is 1 jaar. De opleiding is uit de aard van de zaak sterk medisch gericht en bevat zeer veel procedurekwesties.

Ad 5. Research

De afdeling Algemene diagnostiek van de mondholte in Seattle is nog jong – op het ogenblik 4 jaar – en bovendien sterk klinisch georiënteerd. Het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied staat aan deze universiteit dan ook nog in de kinderschoenen. Men is thans bezig met het schrijven van de protocollen van een aantal klinisch georiënteerde kleine projecten.

Tot slot: wat zijn de mogelijkheden voor een specialist in de Algemene diagnostiek van de mondholte? Het antwoord luidt: Hij of zij kan gaan werken in soortgelijke afdelingen aan de universiteiten, verder in ziekenhuizen en in interdisciplinaire teams, werkzaam in gezondheidscentra.

Conclusie

Taak, functie en onderwijspakket van de afdeling Algemene diagnostiek van de mondholte aan de University of Washington te Seattle zijn geheel afgestemd op de Amerikaanse samenleving en het functioneren hierin van arts, tandarts en specialist. Het accent ligt vooral op de medische aspecten en veel minder op het tandheelkundig-restauratieve. Veel van wat hier geschiedt is echter zonder meer ook toepasbaar en bruikbaar in Nederland. De voordelen van een dusdanige afdeling binnen een tandheelkundige subfaculteit uit het oogpunt van organisatie, administratie en integratie van het onderwijs zijn onmiskenbaar groot.

April 1976.

Adres: Dr. A. C. M. van de Poel,
12701-6 N.W.,
Seattle, Wash. 98177, V.S.

OPRICHTING ASSOCIATION FOR DENTAL EDUCATION IN EUROPE OP 9 DECEMBER 1975

De oprichtingsvergadering van de Association for Dental Education in Europe (A.D.E.E.) vond plaats op 9 december 1975 in het gebouw van de Raad van Europa, in Straatsburg. Negenendertig vertegenwoordigers van 18 Europese landen waren daar aanwezig, n.l. België, Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Tsjechoslowakije, Turkije, Zweden en Zwitserland. Berichten van verhindering waren ontvangen van Luxemburg en Malta. Van IJsland was een verzoek binnengekomen om mee te kunnen doen aan volgende bijeenkomsten.

Tijdens de bijeenkomst van de Fédération Dentaire Internationale in München (1971), was reeds een voorbereidingscommissie ingesteld, onder voorzitterschap van Prof. Dr. R. Naujoks, om na te gaan of er behoefte bestond aan een vereniging van tandheelkundige docenten op Europees niveau en, indien dat het geval was, verder daarvoor een geschikte vorm te ontwerpen.

De door de commissie voorgestelde opzet, samenstelling en werkwijze werd in principe aanvaard door de constituerende vergadering op 9 december 1975.

Van Nederlandse zijde waren op de vergadering aanwezig: Prof. Dr. K. G. König, Drs. H. W. Dippel en Drs. O. Hokwerda.

Tot leden van het dagelijks bestuur in de periode tot de vergadering van de Association in 1976 werden gekozen: President, Prof. Dr. E. D. Farmer (Engeland); Vice-President, Prof. Dr. H. Sahel (Frankrijk); Secretaris, Prof. Dr. K. G. König (Nederland). Tot leden van het bestuur werden verder gekozen: Prof. Dr. A. P. Angelopoulos (Griekenland), Prof. Dr. E. Hausser (Duitsland), Prof. Dr. M. Lundberg (Zweden) en Prof. Dr. S. S. Orsos (Hongarije).

De voornaamste doelstellingen van de A.D.E.E. zijn:

1. het bevorderen van de vooruitgang van het tandheelkundig onderwijs in Europa;

2. het tot stand brengen van overleg en samenwerking tussen tandheelkundige en medische docenten in de landen van Europa en het onderhouden van contacten met tandheelkundige en medische docenten in landen elders;
3. het inventariseren en evalueren van doelen en methodes van het tandheelkundig onderwijs in Europa;
4. het bespreken en evalueren van geschikte mogelijkheden voor het opleiden van tandheelkundige docenten in Europa.

De leden van de Association bestaan uit twee vertegenwoordigers van de nationale verenigingen van tandheelkundige docenten. Deze nationale verenigingen zullen de formele leden zijn van de Association. Waar geen nationale verenigingen bestaan kunnen universiteiten en bij uitzondering andere nationale organisaties, belast met of betrokken bij het tandheelkundig onderwijs, toegelaten worden als formeel lid. Dit ter beoordeling van de Raad van de A.D.E.E. die het recht kan verlenen vertegenwoordigers te zenden. (Daar de voorgestelde wijze van vertegenwoordiging tot scheve verhoudingen kan leiden wat betreft het aantal vertegenwoordigers van de verschillende landen, zal in de vergadering van december 1976 waarschijnlijk een gewijzigde regeling betreffende de vertegenwoordiging worden vastgesteld.)

De behoefte aan een individueel lidmaatschap zal vóór de vergadering van de A.D.E.E. nader onderzocht worden door het bestuur van de A.D.E.E.

Op de bijeenkomst op 9 december 1975 waren drie sprekers uitgenodigd om een inleiding te houden: Dr. Barmes, directeur van de Tandheelkundige Afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie, Prof. Dr. Howe, Dean van het Royal Dental Hospital, Universiteit van Londen en Prof. Dr. König, Dekaan en hoofd van de afdeling Preventieve Tandheelkunde te Nijmegen.

Dr. Barmes benadrukte in zijn inleiding over 'De houding van de W.H.O. ten opzichte van het tandheelkundig onder-

wijs' de noodzaak de doelstellingen van het tandheelkundig onderwijs, welke nauwkeurig moeten zijn afgestemd op de behoeften van de desbetreffende samenleving, te omschrijven en tot uitvoering te brengen. Hij onderstreepte het belang van integratie van de opleidingsprogramma's van de verschillende werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg (tandartsen, specialisten, mondhygiënisten, dental nurses, assistentes, e.d.). Het is gewenst te komen tot een goede afgrenzing van de kennis en de vaardigheden van de verschillende werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg. Barmes stelde als algemeen uitgangspunt de noodzaak de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg op elkaar en op de behoeften van de betrokken samenleving af te stemmen, omdat alleen door een systeem-benadering van gezondheidszorg en onderwijs een doelgerichte ontwikkeling mogelijk is.

De tandheelkundige voorzieningen moeten een onderdeel vormen van een geïntegreerd plan voor alle gezondheidsvoorzieningen.

Barmes bepleitte verder het creëren van een carrière ladder voor de verschillende werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg, zodat de mogelijkheid tot doorstroming naar meer c.q. andere kennis en ervaring vergende taken mogelijk zal zijn. Hij kwam hiermee te spreken over het probleem dat in de traditionele tandheelkundige loopbaan weinig variatiemogelijkheden zijn ingebouwd. Hij waarschuwde voor een te rigide opleiding van de medewerkers. In de laatste 10 jaar is het accent van de aanpak door de W.H.O. van tandheelkundige problemen in de verschillende landen verlegd van een epidemiologische benadering naar een planning van benodigde voorzieningen. Hierbij wordt gewerkt volgens de volgorde:

1. epidemiologische gegevens;
2. bestaande structurele voorzieningen;
3. benodigde aanpak en voorzieningen;
4. planning en evaluatie.

Iedere wijziging van een verzorgingssysteem moet worden benaderd vanuit het oogpunt van de gewenste voorzieningen. Een planning van voorzieningen dient te geschieden in samenhang met de planning van de opleiding van de verschillende werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg.

Tenslotte wees Barmes er op dat men moet kunnen reageren op de fundamentele veranderingen die zich voor zullen doen wanneer tandheelkundige ziekten goed onder controle zijn te verkrijgen (eind van deze eeuw?), hetgeen een wijziging in de doelstellingen der verschillende opleidingen vergt.

Overigens zal het verloop in verschillende landen verschillend zijn.

Prof. Howe, de huidige voorzitter van het Dental Liaison Committee van de E.E.G., gaf zijn persoonlijke opvattingen over het tandheelkundig onderwijs in de E.E.G. Hij veronderstelde dat de richtlijnen van de E.E.G. voor de geneeskunde waarschijnlijk de inhoud van de tandheelkundige richtlijnen zullen beïnvloeden. De richtlijnen van de geneeskunde zijn geparafeerd in juli 1975 en zullen in werking treden met ingang van januari 1977. In deze richtlijnen zijn

voorwaarden vastgelegd voor wederzijdse erkenning van titels en diploma's, vrijheid van beweging en recht op vestiging.

In de richtlijnen is verder de mogelijkheid vastgelegd organen in het leven te roepen voor het handhaven en verbeteren van normen voor de beroepsuitoefening en het onderwijs, voor zowel het undergraduate als het postgraduate onderwijs gedurende de periode van harmonisatie. Het belangrijkste orgaan is de medische adviescommissie. Deze adviescommissie, die ook verantwoordelijk zal zijn voor alle aspecten van de specialistenopleiding, zal bestaan uit drie experts uit alle ledenstaten. Zij vertegenwoordigen respectievelijk de professie, de faculteiten der geneeskunde en de overheid van iedere lidstaat.

Overwogen wordt terzijner tijd een soortgelijke adviescommissie voor de tandheelkunde in te stellen. Benadrukt werd dat de commissie, die de professies in de verschillende landen zal vertegenwoordigen, de belangrijke leidende instantie moet zijn ten aanzien van het handhaven van normen voor het onderwijs en de werkwijze van de leden van de professie.

Het gaat om de volgende doelstellingen:

1. Het handhaven van minimumstandaards, niet alleen kwantitatief maar ook kwalitatief.
2. Het handhaven van de vrijheid voor alle onderwijsinstaties om op eigen wijze het onderwijs te verzorgen en experimenten uit te voeren.
3. Het leren van elkaars ervaringen en het daardoor gestimuleerd worden via 'feedback-mechanismen'.

Prof. Howe bracht naar voren dat een instantie met een soortgelijke verantwoordelijkheid en flexibiliteit ten aanzien van deze punten, benodigd voor het handhaven van de autonomie van de professie in de E.E.G., wordt gevormd door het General Dental Council in Engeland. Dit is een wettelijk voorgeschreven orgaan dat verantwoordelijk is voor het opstellen van aanbevelingen betreffende het tandheelkundig onderwijs en het omschrijven van de minimum normen waaraan voldaan moet worden om te worden ingeschreven in het Dental Register, een eerste vereiste om de tandheelkunde te kunnen uitoefenen in Engeland.

De problemen die ontstaan bij de vrijheid van beweging, voorzien in art. 48 van het verdrag van Rome, omvatten niet alleen de normen voor onderwijs en praktijk, maar ook de toelating van tandheelkundige studenten in andere landen dan hun eigen land, het ontbreken van een tandheelkundige studie in Italië, het ontbreken van een tandheelkundige opleiding in Luxemburg en de positie van de niet tandheelkundig gekwalificeerde stomatologen.

Dit zijn een aantal problemen die een oplossing vereisen voordat de uiteindelijke invoering van de tandheelkundige richtlijnen kan plaatsvinden.

Prof. König sprak over 'De betekenis van preventieve tandheelkunde in het curriculum'. Hij benadrukte dat de mogelijke invoering van algemene preventieve maatregelen een individuele preventieve tandheelkunde niet overbodig zal maken. Evenmin zal hierdoor het probleem van het bestaan van tandheelkundige ziekten worden opgelost.

Het zal betekenen dat een meer adequate behandeling van meer gezonde monden onder betere omstandigheden mogelijk wordt. Verder stelde hij dat de tandarts tijdens zijn opleiding moet leren een actieve rol te spelen in gezondheidszorg-programma's, als een onderdeel van een breder concept van sociale tandheelkunde. De tandarts moet in staat zijn stimulerend te werken betreffende het motiveren van het publiek om een preventieve tandheelkundige benadering vragen. Verder moet hij in staat zijn een evenwicht te vinden tussen de noodzaak van behandeling en van preventie.

Aan het eind van de bijeenkomst werd Prof. Dr. Naujoks bedankt voor het vele werk dat hij als voorzitter van de

voorbereidingscommissie had verricht en de uitstekende wijze waarop hij de bijeenkomst had geleid.

De volgende bijeenkomst van de A.D.E.E. wordt gehouden op 13 en 14 december 1976, te Parijs.

Het wetenschappelijke gedeelte van de bijeenkomst is gewijd aan het thema 'Het onderwijs in Community Dentistry in de huidige en toekomstige Europese curricula'.

Dit verslag is een bewerking van het originele Engelse verslag. Op enkele punten is het iets gewijzigd c.q. aangevuld.

O. Hokwerda,
Hoofdweg 101A,
Eelde.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSCH TANDHEELKUNDIG GENOOTSCHAP

Verslag 215e ledenvergadering d.d. 11 maart 1976

Als eerste van een aantal voordrachten over de toekomstige structuur van de tandheelkundige verzorging in Nederland werd door *Drs. H. E. Rempt* een overzicht gegeven van de huidige situatie. Wat betreft de epidemiologische gegevens behoeft nauwelijks met cijfers de zorgwekkende toestand van de gebitsgezondheid te worden aangetoond. Dit geldt niet alleen voor cariës maar evenzeer voor de ziekten van het parodontium, zoals blijkt uit een epidemiologisch onderzoek over parodontologische gegevens, uitgevoerd door de 5 onderafdelingen gezamenlijk van de Nederlandse universiteiten.

Tot aan de leeftijdsperiode van 20 tot 25 jaar is cariës de voornaamste oorzaak van gebitsverval, daarna zijn het de tandvleesziekten die de overhand krijgen. De huidige generatie tandartsen is onvoldoende opgeleid voor het toepassen van effectieve preventie in de praktijk en voor het motiveren van de patiënt tot een beter voedingspatroon en goede mondhygiëne.

Ook in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen neemt de preventie trouwens een ondergeschikte plaats in. *Drs. O. Hokwerda* wees in een kritische beschouwing op de tekortkomingen van de tandheelkundige zorgverlening. Voor ziekenfondsverzekerden – ongeveer driekwart van de bevolking – zijn tandheelkundige voorzieningen slechts beperkt beschikbaar. De behandelingsmogelijkheden zijn in hoofdzaak gericht op de volwassen patiënt en houden geen rekening met verschillende sociaal-economische groepen. Er is geen kwaliteitsbeoordeling en geen controle op efficiency.

De kloof tussen wat tandheelkundig mogelijk is en de praktische toepassingsmogelijkheden wijst erop dat de professie niet opgewassen is tegen de maatschappelijke veranderingen. Om te voorkomen dat de overheid ingrijpt, is een goede samenwerking tussen de professie en de overheid wenselijk, waardoor een volksverzekering tot stand kan komen waarbij voor allen gelijke rechten en gelijke

verstrekkingen gewaarborgd zijn. Weliswaar zullen voor uitgebreide hulp aan allen zowel de middelen als de mankracht voorlopig tekort schieten en zal men dus prioriteiten moeten stellen (preventie, jeugdzorg), maar regulering en distributie van de tandheelkundige verzorging zullen kunnen leiden tot betere beheersing van de kosten, een betere structuur en meer efficiency. Anderzijds zal niet ontkomen kunnen worden aan kwaliteitsbewaking om de gemeenschap waarborgen te bieden dat de geleverde voorzieningen deugdelijk zijn.

Om de komende generatie tandheelkundig gezond te maken moet thans met de jeugd worden begonnen. Aldus *Prof. A. J. van Amerongen* die een pleidooi hield voor preventieve en curatieve gebitsverzorging van kinderen in de leeftijdsgroep van 2 tot 12 jaar. Ervaringen met de schooltandverzorging hebben aangetoond dat op 6-jarige leeftijd de schade bij veel kinderen al te groot is om met eenvoudige middelen het gebit in stand te houden. Veel betere resultaten zijn bereikt met een experimentele opzet, waarbij systematische tandheelkundige verzorging plaatsvindt van kinderen van 2 tot 6 jaar door kindertandverzorgsters (KTV-sters) in Amsterdam en Nijmegen. Een voortgezette opleiding van mondhygiënistes heeft KTV-sters opgeleverd die werkzaam zijn in een behandelcentrum.

Deze wijze van kindertandverzorging is effectiever omdat kinderen beter in groepsverband behandeld kunnen worden en omdat tandartsen meestal niet bereid zijn om uitsluitend kinderen te behandelen. Met klem dient bij de overheid te worden aangedrongen op officiële erkenning van de opleiding van deze hulpkrachten.

Drs. P. Hanedoes memoreerde het z.g. NPP-rapport van 1930, dat de grondslag heeft gelegd voor het huidige systeem, waarbij voor niet-particuliere patiënten door de ziekenfondsen tandheelkundige hulp wordt gefinancierd voor zover die met 'eenvoudige hulpmiddelen' kan worden verstrekt. Daardoor zijn voor verschillende groepen patiënten verschillende soorten tandheelkunde beschikbaar. Een ander knelpunt bij de toenemende vraag naar tandheelkundige hulp is het tekort aan mankracht. Door de steeds toenemende vraag naar tandheelkundige hulp is de practicus niet meer in staat voldoende tijd te besteden aan zijn patiënten en krijgen bepaalde aspecten – met name de preventie – niet voldoende aandacht. De professie alleen is niet in staat een oplossing te geven; in goed overleg met de overheid