

Rectificatie

In tabel IV, behorend bij het artikel 'Tandcariës bij 5-, 7-, 9- en 11-jarige Haagse kinderen' van de hand van de auteurs A. J. M. Plasschaert, K. G. König, G. J. Truin en A.L.M. Vogels en gepubliceerd in de januari-aflering 1977 (pag. 14-20) is een fout geslopen. De in deze tabel voor de 11-jarigen genoemde totaal DMFS- en DMFT-waarden (excl. glazuurlaesijs) zijn niet juist. Deze waarden behoren te zijn resp.: 5,8 - 9,8 en 5,5. Volledigheidshalve wordt hiernaast de gecorrigeerde tabel IV in zijn geheel weergegeven.

Tabel IV. Blijvende gebitselementen. Gemiddeld aantal aangetaste vlakken (DMFS) en elementen (DMFT) per kind. Gegevens van 7- en 9-jarige kinderen in 1975 en van 11-jarigen in 1972 en 1975, apart voor aantastingen (caviteiten) zonder meetelling van beginnende glazuur-laesies (bovenste deel) en van DMF inclusief beginnende glazuur-laesies (onderste deel).

Sociaal milieu	7-jarigen		9-jarigen		11-jarigen			
	DMFS	DMFT	DMFS	DMFT	1972		1975	
<i>Excl. glazuur-laesies</i>								
Laag	2,4	1,7	5,4	3,1	10,9	6,2	10,7	5,9
Midden	2,3	1,7	4,8	2,8	10,9	5,9	9,6	5,4
Hoog	1,0	1,0	2,8	1,9	5,6	3,5	7,3	4,4
Totaal	2,2	1,6	4,8	2,8	10,3	5,8	9,8	5,5
<i>Incl. glazuur-laesies</i>								
Laag	6,2	3,2	11,5	5,2	21,4	9,6	20,8	9,5
Midden	6,2	3,2	11,2	4,7	21,6	8,9	18,7	8,4
Hoog	3,9	2,3	7,8	4,0	13,5	6,4	16,9	7,7
Totaal	5,9	3,1	10,8	4,8	20,5	9,0	19,5	8,0

REDACTIONEEL**DIFFERENTIATIE VERSUS UITHOLLING****PROBLEMEN RONDOM DE TANDHEELKUNDIGE DEELARBEID**

Tegen de achtergrond van de primitieve vormen van gezondheidszorg waaruit de tandheelkunde is voortgekomen, vertoont haar emancipatiegeschiedenis een aantal kenmerken waarvan er enige hier zullen worden aangegeven. Een eerste voorbeeld hiervan vormden de frustratiegevoelens met name ten opzichte van de medische wereld, die nog versterkt werden door de inbouw daarin van het beroep en haar opleidingsstructuur. De biologische onderbouw kon zich in de oorsprong slechts moeizaam voegen in een in hoofdzaak technisch gerichte dienstverlening, waaraan het aureool van lijfsbehoud bij een anstige patiënt gemeenlijk ontbrak. Ook de zeer geleidelijke aanvaarding door de verschillende lagen van de samenleving behoort daartoe. Dr. Th. Dentz, zelf een gepromoveerd medicus, kreeg, toen hij zijn ambities voor de tandheelkunde kenbaar maakte, allermindst bemoedigende reacties van medische zijde. Het beroepsbeeld, hoe ideaal ook door de beoefenaren geponeerd, verscheen niet onmiddellijk in dezelfde fraaie contouren in het oog van de buitenstaander.

Ondanks de onderwijsvernieuwing en de daarbij gerealiseerde inbouw van de wetenschappelijke grondslagen worden

ook thans nog in sommige professionele kringen de technisch curatieve aspecten van de patiëntenzorg wel met nauw verholen distantie beschouwd.

Een tweede zeer duidelijk omlijnde karakteristiek bij deze ontwikkeling is steeds het gevoel geweest bedreigd te worden vanuit de samenleving. Het monopoliseren van de beoefening der tandheelkunde door een uitverkoren daartoe gekwalificeerde groep en de wettelijke grondslagen daarvoor betekende weliswaar een vorm van grote zekerheid; dit nam niet weg dat er in de randgebieden met gretigheid aan geknabbeld werd. Hier wordt geduid op het zogenaamde onbevoegdendrama, dat vele decennia tot in de naoorlogse jaren ook in de kolommen van dit Tijdschrift uitvoerig is beschreven. Thans nog bezit de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde een Commissie Bout, die belast is met het bestrijden van deze onbevoegde kruimeldieven.

Waarom hier thans de aandacht op wordt gevestigd kan nauwelijks vragen oproepen. Immers binnen een bijna onbegrijpelijk korte spanne tijds heeft de felle

bezitsdrang van de professie voor alles wat tot taken en functies van de tandheelkunde mag worden gerekend, zich in het tegengestelde getransformeerd. De centripetale krachten zijn in centrifugale omgezet. Men zou zich de vraag kunnen veroorloven of dit alles een welbewust en wetenschappelijk geleid proces is ofwel het uitvloeisel van een wat onverantwoord gevoel van veiligheid, gevoed door de grote vraag in een welvarende bevolking. Juist de reactie op het wegvallen van een langdurig gevoelde bedreiging is veelal een vorm van ongemotiveerde gerustheid. Terecht zal men kunnen stellen dat monopolies geen eeuwig leven beschoren moeten zijn. Zelfs zou men de stelling kunnen verdedigen dat juist een hooggekwalificeerde opleiding het monopolie overbodig maakt: de beschermde titel als beroepsaanduiding maakt dit voor de samenleving herkenbaar, zodat de uitoefening zelf volledig vrij gelaten kan worden. De mondige hulpzoekende selecteert dan zelf wel de juiste, dat is de hoogstgeschoolde, hulpverlener, voorop gesteld dat de financiële belemmeringen zijn weggenomen.

Gaat deze redenering nu wel op voor de tandheelkunde? Niemand zal in alle ernst het 'beroep' van de astronaut of de kernfysicus willen beschermen. Afgezien van de vraag of deze behoefte bestaat kan op deze beroepen met hun hooggespecialiseerde en hun technische ambiance onmo-

gelijk door ambitieuze leken beslag worden gelegd. Behalve in stripverhalen is dit ook nog niet vertoond. Met de tandheelkunde ligt dit iets anders. Het scheppen van specialistenopleidingen of postacademisch vervolgonderwijs voor deelgebieden, waarvoor het basisonderwijspakket geen ruimte biedt of waarvoor het toepassingsgebied te beperkt wordt geacht, is een aanvaarde zaak. Het is echter ook mogelijk vrijwel ieder kleiner onderdeel van het totale pakket tandheelkundige verrichtingen afzonderlijk te onderwijzen op een daarbij passend middelbaar of zelfs lager niveau. Deze uitspraak is onweerlegbaar al is zij nog nooit ten volle bewezen. Dit is blijkbaar ook niet nodig. Wij zijn er immers al vele decennia mee bezig op grond van deze opvatting taken toe te vertrouwen aan anderen zonder dat wij aanvankelijk meenden hiervoor passend onderwijs in het leven te moeten roepen: de tandtechnici en de tandartsassistenten. Hier worden deze groepen verder buiten beschouwing gelaten en beperken wij ons tot de klinisch werkzame krachten.

Wat de mondhygiënistenaangaat heeft de professie van meet af aan eisen aan de vooropleiding gesteld en het onderwijs zelf ter hand genomen. Een tweejarig doelgericht programma werd samengesteld voor een 'hulpkracht', aan wie op grond van gegevens uit het buitenland zeker behoefte bestond, maar voor wie bepaald géén goed geprepareerd werkterrein in gereedheid was gebracht. De inpassing in onze tandheelkundige gezondheids- en welzijnszorg is nog steeds een moeizaam proces en evaluatie van het nuttig effect van de opleiding laat op zich wachten. Het zou interessant zijn te weten welk percentage nog in het beroepsleven werkzaam is, full-time of part-time, en in hoeverre haar takenpakket tot zijn recht komt. Een kosten/batenanalyse lijkt bijzonder nuttig. Naast deze groep medewerkers kennen wij thans nog twee experimenten met uitgebreider opgeleide mondhygiënistena: de kindertandverzorgster en de curatieve medewerker voor de sociale praktijk – wat dat dan ook wezen mag – en wel voor volwassenen. De tandprothetisten vormen een afzon-

derlijke categorie, daar deze niet geïnitieerd werden door de professie zelf, maar op eigen kracht middels een wat wederrechtelijk aandoende opleiding trachten de samenleving te penetreren en daar hun plaats te veroveren. Daarnaast staat als uiterste en duidelijk illegale groep die tandheelkundige inrichtingen waar in 1976 reeds in de redactionele kolommen aandacht aan werd geschonken. De kring is nu wel gesloten. Tandheelkundige deelarheid uitgeoefend door niet tandartsen: bedreiging, differentiatie of uitholling van het beroep. Het was er, het is er en het zal vooralsnog wel niet bevredigend en afdoende geregeld kunnen worden.

De beschrijving van deze al dan niet met instemming van professie en overheid ontworpen vormen van partiële tandheelkundige dienstverlening, afgesplitst van een beroep op grond van opportuniteit of in het ernstigste geval winstbejag, leiden tot een vraag die dringend aan beantwoording toe is: ligt hieraan een door professie en overheid geautoriseerd beleid ten grondslag? Zoals de ontwikkelingen zich voordoen aan de geïnteresseerde beschouwer lijkt het er op dat deze vraag niet bevestigend kan worden beantwoord. Het probleem is niet alleen of in twee jaar een mondhygiënist kan worden opgeleid en of dat er in een enige maanden durende cursus een curatieve medewerker voor restauraties op 'sociale indicatie' of mogelijk ook een tandprothetist kan worden geïnstrueerd. De vraag blijft: hoe kan in de samenleving de tandheelkundige gezondheids- en welzijnszorg het beste worden gestructureerd, zodat goede voorlichting en hulp tegen aanvaardbare financiële middelen beschikbaar komen en voor een ieder bereikbaar worden? Wat is de positie van de tandarts daarin en over welke soorten medewerkers moet hij beschikken? Kortom wat is het beroepsbeeld van de komende generatie tandartsen? Overheid, beroepsorganisaties en onderwijs zullen op dergelijke vragen gezamenlijk een oplossing kunnen vinden; de een niet zonder de ander, opdat een totaal plan voor dit onderdeel van de gezondheidszorg wordt geformuleerd met een blauwdruk voor de toekomstige ont-

wikkeling. Daarbinnen is dan geen plaats meer voor al dan niet acceptabele deelinitiatieven.

Het heeft er alle schijn van dat in de voorafgaande beschouwingen een negatief standpunt ten aanzien van para-opleidingen wordt beoogd. Dit is allerm minst de intentie. Het staat buiten kijf dat voor onderdelen van het tandheelkundig verzorgingspakket géén universitair geschoolde hulpverleners nodig zijn. Evenzo is het onmisbaar dat voor sommige deelgebieden specialisten of gespecialiseerde tandartsen worden opgeleid maar dan wel voor taken die buiten het bereik van de normatieve tandarts vallen. Aan het instellen van para-opleidingen dient het demarkeren en voorbereiden van het werkterrein vooraf te gaan op grond van een gedegen onderzoek. Het vaststellen en kwantificeren van de taken, de kanalisering van de geldstroom, de organisatievorm, het scheppen van personele en materiële voorzieningen, de kwaliteitsbewaking, een controle en evaluatiesysteem en last but not least een kosten/batenanalyse; dit alles ingepast in het te construeren bouwwerk van de tandheelkundige verzorging van de bevolking, vraagt een planning op de lange termijn. Over de grote vraagstukken met betrekking tot de opleidingscapaciteit van de vijf subfaculteiten en daarnaast mogelijk op te richten onderwijsinstellingen op lagere niveaus, benevens het recruterende van de noodzakelijke onderwijskrachten, werd hierbij nog niet gesproken; terwijl dit alles moet worden gezien tegen de achtergrond van de produktie van nieuwe lichten tandartsen in de komende jaren. Ook zij hebben recht op een werksituatie in de samenleving, die aangepast is aan hun opleidingsniveau. Er wordt tenslotte binnen dit grote geheel van de tandheelkundige gezondheidszorg gewerkt en gemanipuleerd met mensen, niet alleen met patiënten maar ook met de hulpverleners in welke vorm dan ook.

Met grote belangstelling wordt dezerzijds uitgezien naar de rapportering van de Commissie Tandheelkundige Voorzieningen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die in de naaste toekomst te verwachten is.

v. S.