

ONDERWIJS

GEDRAGSWETENSCHAPPEN IN DE TANDHEELKUNDE

VERSLAG VAN DE 'NATIONAL CONFERENCE ON BEHAVIORAL DENTISTRY'

Op initiatief van de tandheelkundige faculteit van de Universiteit van West Virginia werd op 6 en 7 oktober 1977 te Lakeview Inn, Morgantown, W.V., V.S. een conferentie gehouden over gedragswetenschappelijke aspecten van de tandheelkunde. De 60 deelnemers, voornamelijk tandartsen, psychologen, psychiaters en sociologen, allen werkzaam in die afdelingen van medische en tandheelkundige faculteiten waarin vooral sociale tandheelkunde en menselijk gedrag in relatie tot de tandheelkunde worden gedoceerd, kregen een diepgaand programma aangeboden.

De eerste dag was geheel gewijd aan het onderzoek; gedurende de tweede dag lag de nadruk meer op de vraag hoe dit vakgebied in het curriculum kan worden ingepast en in welke richting het zich zou kunnen ontwikkelen. Het is niet mogelijk om alle programma-onderdelen uitvoerig te bespreken. Daarom zullen de verschillende onderwerpen in het kort worden vermeld en aan de voor mij zeer boeiende voordrachten wat uitvoeriger aandacht worden geschonken.

Onderzoek

De eerste inleiding van deze dag werd gegeven door Lois K. Cohen die verbonden is aan het National Institute for Dental Research. Haar onderwerp betrof het federale beleid op dit terrein van onderzoek. Daar het zo langzamerhand duidelijk is geworden dat curatieve ingrepen en preventieve maatregelen alléén de voornaamste ziekten, cariës en parodontale afwijkingen, niet kunnen voorkomen, richt men zich thans op vier hoofdonderwerpen. Deze zijn:

1. *Sociale epidemiologie*; hierin zijn vooral van belang de sociale en gedragswetenschappelijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan en aanwezig zijn van nieuwe afwijkingen; de indicatoren die aangeven wanneer dergelijke ziekten ontstaan en de benadering ervan vanuit de gedragswetenschappen.

2. *Preventie*; hier onderzoekt men de kennis en houding van de bevolking tegenover de belangrijkste ziekten in de mond (cariës, parodontale afwijkingen, kwaadaardige tumoren etc.); het preventieve gedrag van zowel patiënten als tandartsen en ander tandheelkundig personeel; het testen van mogelijkheden op het gebied van T.G.V.O. (tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding) etc.

3. *Diagnose en behandeling*; hier zijn vooral vragen aan de orde zoals hoe

passen patiënten de voorgeschreven maatregelen toe, waarom volgen zij de voorschriften niet, wat zijn hun mogelijkheden en capaciteiten om ziekten te herkennen en zo meer.

4. *Het handhaven van mondgezondheid*; in dit onderdeel komen vragen aan de orde die op een breder terrein liggen, zoals strategieën om kinderen te behandelen; motieven die niet direct met mondgezondheid te maken hebben; maatschappijveranderingen; de rol die de algemeen-practicus speelt bij het verkrijgen van gebitsbewust gedrag van zijn patiënten of zijn rol wanneer ze nooit meer een tandarts willen bezoeken; politieke en economische factoren in hun relatie tot mondgezondheid etc.

In de discussie werd duidelijk dat veel research door dit instituut wordt geïnitieerd en gesubsidieerd en algemeen bleek in gesprekken met deelnemers hoe zeer dit instituut door tandheelkundige wetenschappers wordt gewaardeerd.

De volgende inleidingen hadden als onderwerp opvang en benadering van kinderen wanneer zij voor het eerst moeten worden behandeld (over dit onderwerp is overigens een uitstekend boek van Gerald Z. Wright verschenen), de toepassing van sociaal- en gedragswetenschappelijke theorieën bij het reduceren van angst voor tandheelkundige behandelingen en de bepaling van de hoeveelheid angst en pijn die patiënten hebben. In dit laatste onderdeel besprak Kleinknecht zijn onderzoek, waarin hij met behulp van vragenlijsten, met videorecorders in spreken en wachtkamers en met andere onderzoeksmethoden, tracht uit te vinden wat patiënten voelen en hoe zij zich gedragen wanneer zij bij hun eigen tandarts zijn. Duidelijk blijkt bijvoorbeeld dat de meerderheid van de patiënten in het algemeen niet erg bang is en dat zij zeer tevreden zijn met hun tandarts. Angstige patiënten verwachten echter meer pijn en schijnen ook meer pijn te hebben. Mensen boven de 40 jaar lijken minder pijn te voelen. Angstige patiënten zeggen vaker hun afspraken af dan niet angstige en tandartsen blijken vrij goed in staat te zijn de pijn die zij hun patiënten aandoen te kunnen schatten. Overigens heeft men nagelaten na te gaan hoe de tandarts zelf reageert op zenuwachtige patiënten.

Andere inleidingen hadden als onderwerp de gedragswetenschappelijke behandeling van bruxisme (= het niet functioneel

knarsen van tanden en kiezen) en de methodieken om kinderen ertoe aan te zetten deel te nemen aan preventieve programma's. Uit dit laatste onderzoek bleek onder meer dat toepassing van psychologische theorieën waarin beloning volgt op het vertonen van bepaald gewenst gedrag van nut kan zijn bij het aanleren van preventief gedrag.

De laatste voordracht van de eerste dag was getiteld 'Cognitive control of pain and stress in dentistry'; het bewust beheersen door de patiënten zelf van pijn en spanning tijdens de behandeling. Hoe ervaren patiënten zelf hun pijn en wat kunnen ze er zelf aan doen om hun pijn te verlichten? Chaves gaf eerst een historisch overzicht over dit onderwerp, waarin hij memoreerde dat filosofen als Spinoza en Kant, en ook de oude Islamiëten, al methoden aangaven om pijn te verminderen. Uit zijn onderzoek bleek dat patiënten verschillende methoden hanteren om pijn te verwerken. Sommigen gaan aan iets anders denken (dissociation) of gaan zich bewust op iets anders concentreren (attention diversion), anderen daarentegen gaan zich concentreren op lichamelijke reacties (somatisation) of gaan dingen tegen zich zelf zeggen (coping self statements). Eveneens bleek dat als men patiënten vertelt dat zij voor een pijnlijke behandeling bewust aan prettige dingen moeten denken, zij ook minder pijn zullen hebben en daarentegen dat zij het meeste pijn krijgen naarmate zij deze het meest verwachten.

Opvallend was deze dag het hoge tempo van de lezingen en de grote geconcentreerdheid van de deelnemers bij het luisteren en het vragen stellen. Ook werden er, vanuit de groep (leeftijden variërend van 25-45 jaar) vaak aanvullingen gegeven. Het bleek dat veel onderzoek vaak wordt verricht door tandartsen met een graad in de psychologie en veelal gelegen is op zuiver psychologisch terrein, bijvoorbeeld pijnreductie met behulp van biofeedback en de wijze waarop kinderen en volwassenen de tandarts en zijn omgeving ervaren.

Dat in Amerika psychologen vaak onderzoek doen in de tandheelkundige sfeer houdt verband met het feit dat de tandheelkundige praktijk ideaal is om buiten een laboratoriumsituatie mensen onder stress te observeren en dat de verkregen gegevens bovendien van praktisch nut zijn bij de behandeling van de patiënten.

Curriculum

De tweede dag werd geheel gewijd aan het onderwijs en de toekomstige ontwikkelingen van dit vakgebied. De eerste spreker was Samuel Dworkin, een tandarts/psycholoog die bij wijze van spreken aan de bakermat van het onderwijs in

deze aspecten van de tandheelkunde heeft gestaan. In een historisch overzicht beschreef hij een ook in Nederland niet onbekende werkwijze, waarbij door gast-docenten, vooral psychiaters, onderwerpen werden behandeld als castratieangst, hypnose, pijn etc., onderwerpen die door tandheelkundige studenten in het algemeen van weinig praktisch nut werden geacht. Echter tussen de jaren 1955-1970 werd vanuit de pedodontie, de orthodontie en vooral uit de parodontologie een steeds grotere behoefte gevoeld onderwijs te geven in zaken als communicatietechnieken, patiëntenvoorlichting, het omgaan met kinderen, het reduceren van angst etc. Dat dit onderwijs niet van de grond kwam had een aantal redenen. Hiervan was naar zijn mening de belangrijkste de veelal technische en mechanische benadering van ons beroep door de meeste docenten en instructeurs, met name die van de restauratieve vakken. Bovendien waren er ook sterke weerstanden vanuit de studenten zelf, die meer onderwijs als een extra belasting voelden. Omstreeks 1969 begonnen de zaken echter plotseling te veranderen. Het is de tijd van de grote studentenbewegingen waarin studentenactiviteiten op allerlei gebied zijn te bespeuren. Toevalligerwijze werden er in die tijd ongeveer 10 nieuwe dental schools (Kentucky, Florida, Connecticut, Oklahoma e.a.) gesticht en veel van deze nieuwe faculteiten hadden totaal andere benaderingen van het geven van tandheelkundig onderwijs. Ook werden meer uren besteed aan het onderwijs in de sociale tandheelkunde en het menselijke gedrag dan voordien het geval was, terwijl eveneens ruime onderzoeksmogelijkheden werden geschapen. Dit laatste onderwijs werd veelal opgezet en gegeven door z.g. 'double trained dentists' en psychologen. De grote handicap die deze docenten ondervonden was dat zij het onderwijs weinig praktische relevantie konden geven, hetgeen tot gevolg had dat de reacties van veel studenten varieerden van vijandig tot een grote mate van ongeïnteresseerdheid. Door de komst van de audiovisuele hulpmiddelen en een ombuiging van het onderwijs is er veel in deze richting verbeterd. Uit een vorig jaar gehouden onderzoek waarin 59 dental schools van Amerika en Canada werden betrokken, blijkt dat de tijd die deze instellingen besteden aan dit onderwijs varieert van 30 uur tot 1100 uur. Drie faculteiten geven er in het geheel geen onderwijs in, zeven minder dan 70 uur van hun totale onderwijstijd, terwijl acht dental schools er meer dan 300 uur voor nodig hebben. Deze laatste groep bestaat vooral uit de meer recent opgezette opleidingen. De gemiddelde onderwijstijd in 1976 besteed was 218 uur, hetgeen gemiddeld betekent ongeveer 5% van het totale curriculum. Uit het onderzoek bleek dat

Tabel. Behavioral and social sciences in dental curriculum major teaching areas and their content subdivisions.

Major teaching area	Content subdivisions
I Behavioral principles of dental practice	A. Understanding human behavior B. Management of human behavior C. Pain and anxiety control D. Prevention
II. Application of behavioral principles to the care of non-institutionalized patients	A. Routine patient B. Handicapped C. Chronically ill D. Culturally variant E. Homebound F. Pediatrics and adolescents G. Geriatrics
III. Application of behavioral principles to the care of institutionalized patients	
IV. Community dentistry (Dental Public Health)	A. Principles of biostatistics and research design B. Epidemiology of disease C. Professional ethics D. Jurisprudence E. History of dentistry F. Prevention G. Extramural/externship experiences H. Preceptorships I. Health care economics J. Social issues K. Quality assurance and peer review
V. Forensic dentistry/medicine	
VI. Practice administration	A. Personnel management B. Patient management C. Business management D. Professional practice development

binnen deze vakgroepen het onderwijs kan worden ingedeeld in zes onderdelen, die in bovenstaande tabel zijn terug te vinden.

Gezien de grote verschillen in onderwijs tussen de faculteiten lijkt het gewenst, wil men tot een meer uniforme opleiding komen, dat er een federale commissie wordt samengesteld die dit onderwijs gaat coördineren.

Opvallend is dat het onderwijs in de sociale en vooral de gedragswetenschappen, ook in de V.S., pas de laatste 10 jaar goed van de grond is gekomen (iets wat mij voor dit bezoek niet bekend was). Nog meer dan in ons land is dit onderwijs sterk in ontwikkeling. Dit is ook het geval voor het onderzoek. Met betrekking tot de naamgeving voor een dergelijke afdeling, blijkt de voorkeur uit te gaan naar 'Community dentistry and human behavior'. Interessant zijn de verschillende benaderingen van dit onderwijs, met name die van twee nieuwe dental schools welke beide als specifieke vertegenwoordiger van een bepaalde visie worden beschouwd.

H. Bailit van de faculteit uit Connecticut en bekend van zijn publikaties over kwaliteitscontrole beschreef in zijn voordracht hoe medische en tandheelkundige studenten 4 jaar gezamenlijk onderwijs krijgen. Zijn onderricht omvat 612 uur over de gehele periode en gaat uit van drie doelstellingen:

- de student basisprincipes mee te geven uit de sociale en gedragswetenschappen die hij zelf kan vertalen in diagnostische en therapeutische vaardigheden, alsmede z.g. 'patient managements skills' (in het algemeen onderwerpen over het individu en zijn familie);
- de uiteenzetting van begrippen en gegevens die nodig zijn voor het functioneren van mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg (o.m. sociale, culturele en organisatorische onderwerpen in hun relatie tot gezondheid);
- de mogelijkheden van de student te vergroten bij het leren van het nemen van beslissingen met betrekking tot algemene problemen van de gezondheidszorg (b.v. onderwerpen over de relatie tussen politiek-economische problemen en gezond-

heidszorg, de plaats van artsen en tandartsen binnen het systeem van zorg etc.).

De combinatie van medische en tandheelkundige studenten is om verschillende redenen gebeurd. Een daarvan is dat de studenten wederzijds meer inzicht krijgen in de respectieve vakgebieden; een ander dat, gezien de stijging van de kosten van het universitaire onderwijs, men welhaast was genoodzaakt voor dit nieuwe vakgebied een combinatie te maken.

R. MacKenzie uit Florida, ook een tandarts-psycholoog van het eerste uur, gaat bij zijn visie op het onderwijs uit van een zeer praktische benadering. Zijn belangrijkste doelstelling is de student zo snel mogelijk de toepassingsmogelijkheden bij zijn functioneren in de praktijk te laten zien. Dit houdt in dat hij de student toont dat, in elk onderdeel van de tandheelkunde, een aantal aangrijpingspunten ligt, waarvan de gedrags- en sociale wetenschappen gebruik kunnen maken. Om eens enkele te noemen:

mondheelkunde
preventieve tandheelkunde
pedodontie
prothetiek

sociale tandheelkunde

farmacologie

Als men MacKenzie's opvattingen ruim interpreteert dan lijkt het er op dat hij de toepassing van dergelijke principes voor de tandarts even noodzakelijk acht als bijv. de methodiek van een inlay- of jacketkroonpreparatie. Ook is hij van mening dat men de student, met behulp van wetenschappelijke criteria, moet leren hoe hij later zijn eigen praktijk zal moeten evalueren, dat men hem moet onderwijzen hoe hij van zijn eigen praktijkvoering kan leren. De tijd gereserveerd in het tandheelkundig curriculum van de Universiteit van Florida is ± 350 uur. Van zowel Bailit's als MacKenzie's benadering van deze curriculum-opzet is veel te leren. Van beide opzetten zijn voor- en nadelen op te noemen. Wat de een te veel heeft (een erg ruime benadering maar minder praktisch gericht) heeft de ander te weinig. Beiden zijn voortdurend bezig hun onderwijs te evalueren, zodat ver-

wacht mag worden dat beide opzetten wel naar elkaar toe zullen groeien.

De laatste 3 lezingen van deze dag werden besteed aan de toekomstige ontwikkelingen van het onderwijs en het onderzoek. Duidelijk staat vast dat het veld zo uitgebreid is dat men zal worden gedwongen keuzen te maken. Omdat veel recente publikaties met onderzoeksresultaten een bedenkelijk laag niveau hebben, zal men meer gericht en beter overdacht te werk moeten gaan. Het onderzoek zal zich vermoedelijk gaan ontwikkelen in de richting van vraagstukken zoals de manier waarop patiënten tandheelkundige beroepskrachten zullen ervaren, hoe zij pijn verwerken (biofeedback en misschien ook acupunctuur), hoe men het best de patiënt kan opvoeden en voorlichten tot een verantwoord preventief gedrag etc. Vooral ook zal de aandacht gericht moeten zijn op de praktische mogelijkheden van gedragswetenschappelijke principes. Het onderwijs zal beter op de praktijk moeten worden afgestemd. Het zal zich

- pijn, psychosomatiek
- motivatie, preventief gedrag etc.
- opvang van kinderen, angst etc.
- acceptatie problemen van volledige protheses
- zorg voor gehandicapten en chronisch zieken, systemen van zorg, hulpkrachten etc.
- het opvolgen van recepten en adviezen

geleidelijk aan moeten vermengen met de andere vakgebieden en misschien wel moeten gaan fungeren als katalysator voor de klinische vakken. Het lijkt me toe dat de volgende periode van 10 jaar gebruikt zal worden om de stormachtige ontwikkelingen van de afgelopen tijd 'in rustiger vaarwater' nader te bestuderen en meer vaste basis te geven.

Enige opmerkingen

Uit gesprekken met deelnemers bleek dat men in de V.S. veelal dezelfde problemen binnen de gezondheidszorg heeft als bij ons. Kwesties zoals moet de overheid steeds meer geld stoppen in de zorgverlening zonder dat de gezondheidstoestand merkbaar verbeterd; hoe meet men mondgezondheid; hoe krijgt men de bevolking tot een bewust preventief tandheelkundig gedrag etc. zijn ook daar springlevend. Mijn vraag of de integratie van de sociale en gedragswetenschappen in het curricu-

lum betere tandartsen oplevert, kon niet worden beantwoord. Trouwens hoe bepaalt men of iemand een goede tandarts is; ook daar zijn de meeste patiënten tevreden met hun tandarts. In Florida worden de daar opgeleide studenten na hun afstuderen gevolgd en men hoopt over 5 jaar resultaten te publiceren. Hoe deze evaluatie gebeurt werd mij niet duidelijk. Opvallend is dat er weinig apart onderwijs wordt gegeven in Dental Health Education (T.G.V.O.), hoewel deze onderwijsrichting toch duidelijke toepassingsmogelijkheden heeft voor de gedrags- en communicatiewetenschappen.

Het lijkt me een noodzaak dat men in Nederland een nationaal onderzoeksinstituut voor tandheelkunde gaat oprichten. Binnen de universiteiten wordt om diverse redenen (waarop niet zal worden ingegaan) weinig onderzoek verricht. Misschien kan de werkgroep Tand- en Mondziekten van de Gezondheidsorganisatie TNO een geschikte basis vormen voor een dergelijke instelling.

Verder lijkt het mij toe dat het gewenst is dat de gemiddelde algemeen-practicus op de hoogte wordt gebracht van de hiervoor beschreven ontwikkelingen. Misschien zou de Vereniging eens een dag kunnen organiseren waar enkele Amerikanen zoals b.v. Chaves (over pijncontrole), Bailit en MacKenzie (over het onderwijs) en Kleinknecht (angst in de tandheelkundige situatie) de sprekers zouden kunnen zijn.

Tot slot het volgende: ook in Nederland is het besef doorgebroken dat deze wetenschappen in het curriculum behoren te worden opgenomen. Men denke b.v. aan de rede van de Minister van Onderwijs en de dekaan van de Subfaculteit te Utrecht tijdens het congres 100 jaar Tandheelkundig Onderwijs. De vraag is echter, of gezien de bekorting van het onderwijs van 6 naar 5 jaar en de inkrimping van wetenschappelijk personeel door het Ministerie van Onderwijs, het onderwijs in de sociale en gedragswetenschappen ooit wel in Nederland tot ontwikkeling zal kunnen komen! Of er een antwoord is op deze vraag zal de tijd moeten leren. Vast staat wel dat de tijd rijp is voor een fundamentele opzet van onderwijs en onderzoek in dit nieuwe vakgebied en dat de initiatieven hiertoe niet alleen vanuit de universiteit kunnen komen.

M. A. J. Eijkman