

REDACTIONEEL

Ingezonden

SLECHTE JEUGDZORG: ONDERWIJS NIET DE PANACEE

B. HOUWINK

In het redactionele commentaar^{*} in het juli/augustus-nummer van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde van 1977 wordt impliciet een groot vertrouwen uitgesproken in hetgeen onderwijs kan doen om tot betere jeugdzorg te komen. Gesteld wordt dat, nu er aan alle subfaculteiten pedodontie-onderwijs wordt gegeven, de tandartsen geschikt zullen worden kinderen te behandelen. Ik ben van mening dat onderwijs daartoe niet in staat is. Welke sleutel(s) dan wel moet(en) worden gehanteerd om het probleem van de abominabele gebitssituatie bij het jonge kind op te lossen zal worden aangegeven.

Het is goed gebruik uitspraken te onderbouwen met gegevens uit onderzoek. Helaas is dat niet altijd mogelijk als betrouwbare gegevens ontbreken. In een dergelijk geval kan men óf niets zeggen óf argumenten en overwegingen geven voor bepaalde stellingen. Met niets zeggen brengt men de zorgverlening niet verder, door argumenten te geven voor stellingen kan de lezer voor zichzelf nagaan of de argumenten hem aanspreken om vervolgens de schrijver al of niet te volgen. Het is daarbij goed te realiseren dat veruit de meeste beslissingen worden genomen zonder fundering door onderzoekgegevens, argumenten of zelfs overwegingen. De zeer ingrijpende beslissingen die een parlement neemt vloeien veelal voort uit geloofsovertuiging of politieke gevoelens en hebben zelden een hecht wetenschappelijk fundament. Met name besluiten die op politieke gronden tot stand komen, zijn sterk onderhevig aan de toevallige samenstelling van de betreffende colleges. Daar harde (= op wetenschappelijke wijze) verkregen basisgegevens veelal ontbreken, zullen hun beslissingen zeker politiek gekleurd zijn. Of die daden vervolgens als wel of niet goed worden beoordeeld hangt dan weer af van de persoonlijke opvattingen van de waarnemer. Als dus in het volgende soms wetenschappelijke onderbouwing moet ontbreken, moet men de ten grondslag liggende overwegingen naar eigen inzicht beoordelen.

Onderwijs als instrument

Onderwijs is door de eeuwen heen gezien als een middel om problemen op te lossen. Wie echter om zich heen kijkt zal zien dat al dat onderwijs – met het onderliggende onderzoek – zeker een aantal problemen heeft opgelost, maar dat wij nog altijd niet in een paradijs leven.

Zeker voor wat de gebitsgezondheid van de bevolking betreft is de situatie slecht. Dat moet voor gelovers in onderwijs merkwaardig zijn. Immers, het onderwijs is erin geslaagd aan moeders van jonge kinderen te leren dat zoet snoep een belangrijke oorzaak is voor een slecht gebit. Men vond dat 83 procent van die moeders een dergelijk verband kende. Aangezien de gebitsgesteldheid van hun kinderen slecht was, pasten zij het geleerde – snoepbeperking – blijkbaar niet toe.

Er zijn dus redenen waarom men het resultaat van onderwijs niet in het gedrag terugvindt. Dat heeft ertoe geleid dat sommigen de ongezonde gebitssituatie in de bevolking wijten aan de structuur waarin de zorg wordt verleend. Het ziekenfondssysteem zou bijvoorbeeld geen goede zorgverlening toestaan. Zonder te zeggen dat het ziekenfondspakket voortreffelijk is, staat vast dat onderdelen daarvan zeker beter kunnen worden uitgevoerd dan nu veelal het geval is. Het tarief voor amalgaamrestauraties is bijvoorbeeld zodanig dat daarvoor kwalitatief goed werk mogelijk is. Later in dit artikel zal evenwel blijken dat veel restauraties veel te wensen overlaten. Structuur van de zorgverlening en maatschappelijke omstandigheden spelen dus een ondergeschikte rol bij het tot stand komen van het niveau van kwaliteit van de verleende zorg; zeker voor wat betreft het peil van de verzorging van het (jonge) kind, maar ook bij volwassenen. Bij jonge volwassen ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten werd immers evenveel tandsteen aangetroffen en hadden de particuliere patiënten meer onbehandelde proximale cariës dan ziekenfondsverzekerden (Bast, 1973).

Bij de viering van 100 jaar tandheelkundig onderwijs in Nederland hebben wij ettelijke sprekers horen zeggen dat het onderwijs in zijn algemeenheid gezegd goed is. Blijkt dat nu ook uit onderzoek naar het resultaat van dat onderwijs? Aan de hand van cijfers uit binnen- en buitenland zal worden aangetoond dat zulks niet het geval is en dat zelfs het simpele conserverende werk slecht wordt uitgevoerd.

Onderzoek in Leeuwarden in 1976 bij 14- en 15-jarigen liet zien dat slechts 43% van de proximale vlakken zijn gevuld en wat meer zegt en erger is, dat 65% van de proximale vullingen technisch gespro-

ken zeer efficiënt is. In het stadsgewest Den Bosch werd in 1977 bij kinderen in de 6e klas gemiddeld per kind 1.5 restauratie met cariës ernaast gezien. Dat was daarmee bij 24% van de vullingen. De behandelingstoestand

$$\left(= \frac{F - S}{DF - S} \right)$$

was slechts 48 procent. Het betrof hier kinderen die in huispraktijken waren behandeld. Onderzoek in Drenthe bij 6-jarige kinderen die deelnamen aan een verwijzingsdienst liet in 1976 zien dat van de eerste blijvende molaren met cariës slechts 27% van de afwijkingen was gerepareerd.

In Engeland ging men na of oudste-jaars medische studenten in staat waren in een gesprek een juist oordeel te vormen over de problemen van een patiënt (Maguire en Rutter, 1976). Liefst 24% van de studenten konden de belangrijkste klacht van de patiënt niet vaststellen. De hele groep studenten nam slechts 1/3 van de objectief waarneembare klachten op. Interessant – en beangstigend – is dat alle studenten dachten het veel beter te hebben gedaan. In Canada onderzocht men bij 50 algemeen-practici-tandartsen waarom amalgaamvullingen moesten worden vervangen (Richardson en Boyd, 1973). In 58 procent van de gevallen was een fout bij de oorspronkelijke vervaardiging de reden voor vervanging.

Onderwijs en examinering

Beperken wij ons verder tot de Nederlandse situatie, dan is wel aangetoond dat daar verondersteld behoorlijk onderwijs niet heeft geleid tot een goede kwaliteit van de verrichtingen. Dat kan eigenlijk ook niet verwonderen. Want – om nu maar een enkel facet te noemen – met welke kennis en vaardigheid toegerust, praktizeert de tandarts? Ik ben van mening met minder dan het minimaal vereiste. De student slaagt immers voor een examen als hij een zes of meer haalt. Aangezien zeven of nog hoger uitzondering is, levert het onderwijs tandartsen af op het kennisniveau van ruim een zes. In woorden uitgedrukt is dat 'net voldoende'. Bepaald dus niet erg goed. Je zou ook kunnen zeggen dat hij net iets meer weet dan de helft van wat hij moet weten. Betrekken wij daarbij dan nog de korte zogenaamde halfwaardetijd van kennis – de tijd waarin de hoeveelheid kennis halveert – in de overwegingen, dan is het kennisniveau van jonge tandartsen al snel echt onvoldoende. Mijn indruk is dat de exameneisen aanmerkelijk zwaarder zouden moeten zijn wil men beperken dat tandartsen met onvoldoende kennis en vaardigheid werken. Het probleem van de slechte jeugdzorg zal men er overigens

*1 Zie Ned Tijdschr 84: 7/8, 258-260: 'Kanttekeningen bij een goed advies'.

slechts zeer ten dele mee oplossen. Een andere maatregel die ook enige verbetering kan geven is het volgen van theoretisch onderwijs verplicht te stellen. Met het huidige systeem van collegevrijheid worden nog te veel studenten tandarts die hun theoretische kennis op minimumniveau geheel uit klappers en een enkel boek halen. De ervaring met onderwijs aan leerlingen mondhygiëne – die verplicht zijn de lessen te volgen – is dat de doelmatigheid van dat onderwijs groter is dan dat bij studenten tandheelkunde. De examenresultaten spreken duidelijke taal.

Persoonlijkheid als factor

Zou uit het bovenstaande toch wel enig vertrouwen in onderwijs spreken, dan wil ik waarschuwen dat optimisme misplaatst is; bovendien sprak ik alleen over kennis en vaardigheid. Voor een goede jeugdzorg is meer nodig en dat meerdere blijkt nu juist zo moeilijk aan te leren te zijn. Om daar een indruk van te krijgen kan men een bezoek brengen aan de afdeling pedodontie van een subfaculteit op de laatste dag dat de studenten aldaar hun stage doorbrengen. Slechts een kleine minderheid van de studenten is dan in staat goed met de kinderen te werken. Dat en mijn ervaring met schooltandartsen heeft mij ervan overtuigd dat er naast onderwijs Kindertandheelkunde geheel andere factoren vereist zijn om goede jeugdtandheelkunde te kunnen geven. Die factoren zijn gelegen in de persoonlijkheid van de zorgverlener. Vereist zijn voorkeur voor jeugdzorg, geduld, aangepaste communicatieve vaardigheid, echte belangstelling voor het kind, overtuigdheid van nut en noodzaak van preventie en goede motorische vaardigheid. De motorische vaardigheid staat met opzet achteraan. Onderzoek heeft geleerd dat die kan worden ontwikkeld en dat geen volledige tandartsopleiding is vereist om technisch goed conserverend werk te kunnen doen. Om duidelijk aan te geven waar het accent moet liggen, zou men kunnen zeggen dat iemand die jeugdzorg kiest, moet kiezen voor *omgaan* met kinderen in plaats van *behandelen* van kinderen. Waarmee dan meteen een cruciaal begrip wordt aangeroerd, kiezen. Dat heeft veel overeenkomst met selecteren. Kiezen is zelfselectie. Wie wij in de jeugdzorg nodig hebben, zijn mensen die zichzelf hebben geselecteerd; die uit overtuiging hebben gekozen voor jeugdzorg.

(S)electie

Veel te veel wordt gedacht dat iedere tandarts kinderen moet behandelen. Hij is immers gezinstandarts. Naar mijn mening is het kind daarmee niet gediend en siert het de tandarts die niet met kinderen kan omgaan als hij de kinderen van zijn

volwassen patiënten dan laat behandelen door een collega die wel over de vereiste eigenschappen beschikt. Wij moeten erkennen dat 'men' het onmogelijke van ons eist als men wil dat iedere tandarts kinderen behandelt. Men verwacht ook niet dat een hoogleraar kleuteronderwijs kan geven. Ik moet de leraar v.w.o nog zien die men zonder protest zou kunnen overplaatsen naar het basisonderwijs. Wij tandartsen praten onszelf aan dat wij alles moeten kunnen. De projecten met kindertandverzorgsters hebben aangetoond dat de ouders en onderwijzers van de kinderen het als volstrekt normaal aanvaarden als niet de tandarts zelf de zorg verleent, maar als hij ze naar een collega verwijst.

Helaas kunnen en mogen wij niet vanuit het onderwijs selecteren wie wij tot de studie Tandheelkunde toelaten. Wel kunnen wij tandartsen helpen zelf te bepalen om al dan niet kinderen te behandelen. Wij moeten de fictie loslaten dat iedere tandarts jeugdzorg moet doen. Dat eist dat er een systeem is dat die zorg desgewenst overneemt. Ombouw van de schooltandverzorging tot volledige jeugdzorg is dus nodig.

Er wordt weleens gezegd dat er meer aan jeugdzorg zal worden gedaan als het zogenaamde tandartsentekort is opgeheven. Men zou, om een behoorlijk inkomen te krijgen, als aan de vraag naar zorg van volwassenen is voldaan kinderen gaan behandelen. Ik hoop dat het niet zover zal komen. Het zou immers betekenen dat sommigen contre coeur jeugdzorg zouden gaan doen; een situatie waarmee het kind niet is gebaat. Willen wij voorkomen dat het toch gaat gebeuren dan zullen randvoorwaarden moeten worden gesteld die het niet nodig maken kinderen te behandelen.

Hoe groot de tegenzin van tandartsen tegen jeugdzorg is, kan blijken uit de cijfers. Net tien procent van de peuters en kleuters wordt regelmatig behandeld. Een lager percentage heeft een goed geresatureerd gebit. En dat, ondanks het feit dat Witthaus al rond 1900 benadrukte dat het jonge kind prioriteit moest krijgen. Nu, nadat de professie die uitspraak regelmatig heeft beaamd, vormt zeventig jaar later de jonge jeugd nog steeds het grootste noodgebied. Aan de structuur van de zorgverlening kan het niet liggen, er is het 0- tot 6-jarigen pakket en de ziekenfondshonorering van restauratief werk is voldoende. Ook al neemt de tandartsendichtheid sterk toe, er zullen dus onvoldoende tandartsen zijn die zich – op de vereiste schaal, en die is veel groter dan veel tandartsen denken – tot peuter- en kleutertandzorg voelen aange trokken.

Hulpkrachten

De schaarste aan echte vrijwilligers (niet het tandartsentekort!) dwingt ertoe nieuwe bronnen voor hulpverleners aan te boren. Het hoger beroepsonderwijs kan zo'n bron zijn. Hier ligt één argument voor het invoeren van kindertandverzorgsters. Het sterkste argument is de gebleken bereidheid van kindertandverzorgsters (= School Dental Nurses = School Dental Therapists) (Houwink, 1976) kinderen te behandelen. Nu kan die bereidheid niet verwonderen. Toen zij het beroep kozen, kozen zij immers voor jeugdzorg. Die zelfselectie is de voorwaarde voor succesvol werken. Om die zelfselectie effectief te doen zijn is goede beroepsvoorlichting vereist. Gelukkig staan de regels van het hoger beroepsonderwijs toe dat met ieder van de kandidates een selectiegesprek kan worden gehouden. De beroepsvoorlichting zal moeten inhouden dat een kindertandverzorgster uitsluitend met kinderen mag werken en dat gezondheidsvoorlichting en preventie even belangrijke onderdelen van de taak zijn als restauratieve zorg. De kandidates moeten weten dat omgaan met kinderen de kern van hun beroep is. Het selectiesysteem moet sluitend worden gemaakt door het stellen van hoge exameneisen. Wie tijdens de opleiding blijf geeft niet over de vereiste eigenschappen te beschikken, moet van de opleiding worden verwijderd. Immers, anders dan bij tandartsen, die zich op volwassenenzorg kunnen richten, zijn er voor slechte kindertandverzorgsters geen alternatieven. Waar het belang van de kinderen voorop moet staan mag medelijden met een kandidate ons niet weerhouden; temeer omdat een zorgverlener met onvrede over het werk ons terecht kwalijk zou kunnen nemen dat wij haar toegelaten hadden tot het vak.

Conclusie

Op grond van bovengenoemde overwegingen kan nu de vraag worden beantwoord welke sleutels moeten worden gehanteerd om het probleem van de abominabele gebitssituatie bij het jonge kind op te lossen. Het zijn:

1. (Zelf)selectie met betrekking tot de hulpverleners.
 - a. positief, door betere beroepsvoorlichting aan a.s. tandartsen en kindertandverzorgsters; een structuur voor de zorgverlening te maken, waarin het belang van het kind uitgangspunt is en door te erkennen dat ook een algemeen-practicus die geen kinderen behandelt volwaardig tandarts is;
 - b. negatief, door strengere (s)electie voor en tijdens de opleiding, hogere exameneisen, ontslag bij gebleken ongeschiktheid in de georganiseerde jeugdzorg.

2. Invoeren van kindertandverzorgsters, waarbij 'met kinderen willen en kunnen werken' primaire selector moet zijn.
3. Een structuur waarin het kind en (s)e-lectie en werken van de hulpverleners optimaal tot hun recht kunnen komen.

Maar dé sleutel is: *zorgverleners aantrekken met liefde voor werken met kinderen.*

Literatuur:

1. Bast, A. J. J. (1973): Ned Tijdschr Tandheelkd 80: 341.
2. Houwink, B. (1976): Ned Tandartsenbl 31: 725 en 789.
3. Maguire, G. P., Rutter, D. R. (1976): The Lancet. P. 556.
4. Richardson, A. S., Boyd, M. A. (1973): J Can Dent Assoc 39: 556.

Januari 1978. Adres: Prof. Dr. B. Houwink,
De Boelelaan 1115,
Amsterdam.

NASCHRIFT VAN DE REDACTIE

De Redactie is de auteur van bovenstaande beschouwing dankbaar voor zijn uitvoerige en weldoorwrochte reactie op het onderhavige redactionele commentaar. Hiermede wordt de opinievormende taak van dit Tijdschrift zeker gediend. Voor de goede orde zij hier vermeld dat de directe aanleiding tot dit stellingnemen een zinsnede uit dit commentaar was, die luidde: 'De nooit bewezen stelling dat tandartsen niet geschikt zijn om kinderen te behandelen wordt weer eens geponeerd, terwijl in alle subfaculteiten Kindertandheelkunde een omlinjnde onderwijstaak is.' Het gestelde in dit citaat houdt dus *niet* in dat het onderwijs in de kindertandheelkunde zonder meer tot gevolg heeft, dat 'de tandartsen geschikt zullen worden kinderen te behandelen' zoals Houwink dit blijkbaar interpreteert. Wij willen hier nog verder gaan en iedere *directe causale relatie* tussen de wijze van functioneren van de tandarts in de samenleving en *het onderwijs* afwijzen. Tandheelkundig onderwijs is als andere vormen van wetenschappelijk onderwijs volgens de wet verplicht de studenten

geschikt te maken voor het bekleden van maatschappelijke functies en het uitoefenen van het beroep. De wijze waarop dit gebeurt is zeer zeker vatbaar voor kritiek en dient daarom waar nodig bijgesteld te worden. Garanties kan de opleiding nooit geven.

Houwink bewandelt de omgekeerde weg. Hij constateert op grond van zijns inziens valide gegevens dat het effect van het functioneren van de tandheelkundige gezondheidszorg bedenkelijk is en besluit daaruit dat het onderwijs niet het middel is om hierin verbetering te brengen. Deze gedachteconstructie is juist. Zij bewijst tevens dat er géén oorzakelijk verband is tussen beide grootheden.

Wij wagen het erop, ondanks Houwink's betoog, te stellen dat de door het onderwijs afgeleverde tandarts een redelijk goed produkt is. De kardinale vraag bij de tandheelkundige jeugdzorg en evenzo bij de volwassenenzorg is: hoe komt het dat bij het beoordelen van de effecten in de samenleving zo weinig goeds zou zijn waar te nemen? Het antwoord hierop kan het best met een vergelijking worden geïllustreerd. Niemand verlangt van degene die het zwemdiploma heeft behaald, dat hij dan meteen maar Het Kanaal overzwemt. Men zal zich verder moeten bekwalen en daartoe ook in de gelegenheid moeten worden gesteld. De overgrote meerderheid levert deze prestatie nooit. Ook aan de werkers in het veld van de tandheelkundige gezondheidszorg worden onredelijke eisen gesteld. Een inkomen verwerven uit stukloon op een minimaal tarief zonder kwaliteitscontrole wordt ook in de industrie door vakbonden én ondernemers niet meer getoleerd, en terecht! De structuur van de gezondheidszorg moet dus ingrijpend omgebouwd worden om te voorkomen dat het kwaliteitsprodukt, dat de universiteit verlaat, verkeert in een gekneusd practicum en de hulpzoekende de dupe wordt.

De jeugdzorg dient de gehele professie ter harte te gaan. De kritiek die in het bedoelde redactionele commentaar is ge-

richt op het 'Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland' voor wat betreft de georganiseerde jeugdzorg, komt in het kort hierop neer: de structuur is unitaristisch en repressief en hanteert een boetebeding als machtsmiddel tegen onwillige patiënten.

Wij hebben niets tegen het te werk stellen van kindertandverzorg(st)ers in de jeugdzorg. Wij hebben alle vertrouwen dat ook dit onderwijs goede krachten aflevert. Wij wijzen echter elke vorm van discriminatoire argumentatie om dit te onderbouwen van de hand evenals een dwangmatige structuur om het ontworpen systeem te verwezenlijken. Ook tandartsen, of moeten wij, om in de geest van Houwink te spreken, zeggen *zelfs* tandartsen kunnen heel goed met kinderen omgaan en met arbeidsvreugde kinderen behandelen. In Zweden houdt 30% van de tandartsen zich overigens daarmee bezig.

Wij kunnen de door Houwink geformuleerde slotconclusies, de sleutel(s) tot de opbouw van een goede tandheelkundige jeugdzorg, geheel onderschrijven én met overtuiging. Doch wij hebben geen behoefte aan een argumentatie die de stelling zou moeten aanscherpen dat het tandheelkundig onderwijs een kwalitatief zeer matig produkt en - 'de halfwaardetijd van kennis' in aanmerking genomen - in hoofdzaak onvoldoende toegeruste tandartsen in de maatschappij zet, die op grond van hun slechte resultaten het opleiden van kindertandverzorg(st)ers noodzakelijk maken. Het veronderstelde minderwaardige werk is dus wel goed genoeg voor volwassenen? Een goede zaak, de jeugdzorg ondervindt de beste ondersteuning door een positieve benadering. Goed onderwijs voor tandartsen én medewerkers zal zeker terug te vinden zijn in een goed niveau van de gezondheidszorg, mits de structuur daarvan een begunstigende factor is voor allen en geen permanente frustratie. Als uitgangspunt rekenen wij toch maar op een goede kwaliteit van de opleiding.

v.S.