

ONDERWIJS

ASSOCIATION FOR DENTAL EDUCATION IN EUROPE

VERSLAG 5E JAARLIJKSE BIJEENKOMST, SAMEN MET DE SWEDISH ASSOCIATION FOR DENTAL EDUCATION, IN STOCKHOLM, OP 10 EN 11 MEI 1979

O. HOKWERDA

Trefwoorden: Onderwijs – Association – A.D.E.E.

De bijeenkomst van de A.D.E.E. in Stockholm was gewijd aan het vraagstuk van de toekomstige ontwikkelingen van de samenleving, de gevolgen daarvan voor de zorgsystemen, met name het tandheelkundige zorgverleningssysteem en de consequenties die hieruit voortvloeien voor het tandheelkundige curriculum.

Voor het verkrijgen van een inzicht in het ingewikkelde vraagstuk van de toekomstige ontwikkelingen van de samenleving, is men gedwongen te biecht te gaan bij mensen die zich bezig houden met toekomstonderzoek. De eerste inleidingen werden dan ook gehouden door Zweden die bij verschillende aspecten van toekomstonderzoek zijn betrokken, o.a. ten aanzien van de gezondheidszorg. In aansluiting daarop werd van de zijde van de W.H.O. beschreven welke veranderingen in het tandheelkundige ziektepatroon in de toekomst zijn te verwachten. Vervolgens werd een overzicht gegeven van het onderzoek van de Nuffield Foundation naar de uitgangspunten voor de opleiding van tandartsen in de toekomst in Groot Brittannië. Het geheel werd afgesloten met inleidingen over de invloed van tandheelkundige en onderwijskundige factoren op het tandheelkundige curriculum.

De eerste spreker was Dr. M. Lagergren van het Secretariaat van Toekomststudies, met als onderwerp 'Zorg in de westerse samenleving in de komende 30 jaar – problemen en perspectieven'. Hij definieerde zorg als het verlenen van steun en hulp aan individuen om hun levenssituatie te verbeteren of hun ontwikkeling te bevorderen. Die zorg kan in verschillende vormen plaatsvinden:

- In georganiseerde vorm, door de overheid of door particulieren. Hieronder valt de gezondheidszorg (met als onderdeel daarvan de tandheelkundige gezondheidszorg).
- In de vorm van collectieve voorzieningen: sociale verzekeringen.
- Als zorg van mensen voor elkaar, in het dagelijkse leven.

De kosten van gezondheidszorg en welzijnszorg zijn in West-Europa de laatste jaren met 12% per jaar gestegen, terwijl het bruto nationaal produkt met 4 tot 9% steeg. Er zijn uitgebreide sociale verzekeringen

ontstaan, die alle aspecten van het leven min of meer omvatten, maar tevens zijn echter steeds minder mensen bereid voor elkaar te zorgen.

De zorgsystemen verkeren momenteel in een crisis, ten gevolge van:

- druk tot uitbreiding van de zorgsystemen; er bestaan daartoe nog vele wensen;
- druk vanuit de professionele groepen, van binnen uit de zorgsystemen, om tot uitbreiding van de zorg over te gaan;
- ernstige financiële problemen;
- afnemende produktiviteit;
- nagenoeg ontbreken van een evaluatie van het functioneren van de zorgsystemen.

De behoefte aan publieke zorg is ongelimiteerd. Een uitbreiding van de middelen wordt altijd onmiddellijk zonder beperkingen gebruikt. Medisch-technologische ontwikkelingen creëren een uitbreiding van de medische zorg en maken deze duurder. Maar ook de ontwikkeling van de mogelijkheden tot betere en uitgebreidere professionele zorgverlening roept vraag naar zorg op. Tenslotte is de behandeling meestal inefficiënt omdat in de regel geen radicaal herstel van de situatie optreedt.

De conclusie is dat de behoefte aan zorg onbeperkt is en dat er een uitgebreid risico bestaat dat de zorgverleningssystemen hun doel voorbijstreven.

De omgeving waarin de mens leeft met de psycho-sociale en fysisch-chemische aspecten roept een bepaalde levensstijl op. Omgekeerd ontwikkelt het individu in reactie op de omgeving een bepaalde levensstijl. Omgeving en levensstijl beïnvloeden de gezondheid. Kritische aspecten van de omgeving van de mens zijn:

- een hoog percentage ongelukken in verkeer, werk en dagelijks leven;
- de gevaren als gevolg van vervuiling, chemische stoffen en straling;
- het bestaan van slechte werkcondities in vele beroepen;
- de vele slechte psycho-sociale condities in werk en dagelijks leven.

Hierdoor ontstaat een verlaging van de weerstand tegen somatische ziekten en worden psychologische, sociale en psychiatrie problemen gecreëerd.

Kritische aspecten van de levensstijl zijn:

- Groeiende consumptie van alcohol, spe-

ciaal onder vrouwen en kinderen. De schade door alcoholmisbruik vormt een serieus risico in de westerse wereld.

- Roken.
- Verkeerde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging, met als gevolg vetzucht en hart- en vaatziekten.
- Velen hebben een passief niet stimulerend leven, met weinig of geen speciale belangstellingen. Sommigen hebben een continu gebrek aan tijd, door overvoering met informatie en activiteiten.

Omgeving en levensstijl vormen de voornaamste oorzaken van bedreiging van de gezondheid. Men zou vooral moeten zoeken naar mogelijkheden van preventie.

Een kritische beoordeling van de hedendaagse zorgverlening brengt o.a. aan het licht dat:

- de zorg verleent curatie van de schade in plaats van dat deze wordt voorkomen; deze curatieve zorg is zelden efficiënt in de zin van radicale = volledige genezing;
- de systemen falen in het herkennen van de relatie tussen individu en omgeving;
- de zorgsystemen neigen naar het opdelen van individuen en hun problemen in verschillende problemen, overeenkomstig het bestaan van verschillende specialisten;
- de zorgsystemen werken volgens een sterke hiërarchie, waardoor een beperking van de gelegenheid tot samenwerking en informatie ontstaat.

Welke problemen ontstaan nu als de aanpak van de zorg niet wordt gewijzigd:

- een groter percentage ouderen met meer behoefte aan zorg;
 - meer ziekte als gevolg van een slechte levensstijl en omgeving;
 - meer complexe medisch-psychisch-sociale problemen, ongeschikt voor een zuiwere medische behandeling;
 - minder gelegenheid voor de mensen om voor zichzelf te zorgen als gevolg van isolering van elkaar en uiteenvallen van de familie;
 - nieuwe medisch-technologische behandelmethoden, die tot nu toe niet beschikbaar waren; deze zullen éézijdig de curatieve zorg vergroten en het stellen van prioriteiten moeilijker maken;
 - toenemende financiële problemen als gevolg van economische problemen.
- Bij onveranderd doorgaan van de huidige situatie zal deze door de ongelimiteerde stijging van diensten onbeheersbaar worden. Mede door een afnemen van de produktiviteit, welke overigens gedeeltelijk gepaard kan gaan met een betere kwaliteit. Welk alternatief bestaat er? Wat moeten de uitgangspunten voor de toekomstige zorg zijn:
- gezondheid en ziekte zijn voor een groot deel het gevolg van omgeving en levensstijl;
 - problemen zijn altijd problemen van een gehele persoon en direct verbonden met de

omgeving van de persoon en niet van een exclusief deel van de persoon;

- de zieke persoon is een expert ten aanzien van de eigen ziekte; hij moet zelf de behandeling bepalen en sturen;
- samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid moeten fragmentatie en hiërarchie in de zorgverleningssystemen vervangen;
- intraprofessionele doelen mogen niet in de plaats komen van politieke doelen.

Dr. D. Sundström, van de Koninklijke Zweedse Academie voor Technische Wetenschappen, sprak over 'Technologie en levensstijlen - conflicterende trends of een doelgerichte ontwikkeling'. Zijn betoog was gebaseerd op een uitvoerige enquête onder de leden van de Koninklijke Zweedse Academie voor Technische Wetenschappen betreffende een groot aantal technische disciplines, zoals energietechnologie, elektronica, communicatie technologie etc. Op grond van de in twee ronden uitgevoerde enquête is een beschrijving ontstaan van mogelijke ontwikkelingen en bedreigingen in de toekomst.

Dit soort studies wordt waarschijnlijk in meerdere landen uitgevoerd. Een belangrijke vraag bij dergelijke studies is, naar welke uitgangspunten de uitkomsten van onderzoek worden teruggekoppeld. Is het technisch gericht onderzoek of ligt er een bepaalde waardenoriëntatie aan ten grondslag? Hoe moet de wetenschappelijke ontwikkeling gericht worden? Men kan b.v. uitgaan van een rationele maar tegelijkertijd meer op bepaalde waarden gerichte benadering in een toekomstige samenleving. Maar wat houdt dat in concreto in? Om een voorbeeld te geven. Men kan b.v. streven naar het reorganiseren van het sociale en economische leven in kleine eenheden. De uitwerking daarvan is echter afhankelijk van de mogelijkheden van communicatie tussen de grote aantallen eenheden om deze kleine eenheden in een groter verband van een complexe samenleving zinvol te kunnen laten bestaan, zonder dat het een chaos wordt.

Het uitwerken van ideeën omtrent hetgeen als waardevol moet worden aangemerkt in een toekomstige samenleving, welke terugkoppelingen er moeten zijn naar onderwijs, industriële strategie, etc. zijn evenwel nauwelijks aan de orde gekomen. Het betoog was sterk op technologische doelaspecten gericht en weinig op de psychologische en sociologische aspecten van de ontwikkeling van een nieuwe levensstijl.

Dr. J. Nilsson van de Nationale Raad van Universiteiten en Hogescholen, hield een inleiding getiteld: 'Permanente educatie. Ideeën voor de toekomst'. Er is een veelomvattende strategie nodig

om te komen tot de organisatie van levenslang voortgaand onderwijs. Een systeem met alternerend studeren en werken vanaf het verplichte basisonderwijs. Onderwijs dat aansluit bij de behoefte van de arbeidsmarkt en de persoonlijke behoefte en dat voor iedereen beschikbaar is, op ieder geschikt moment. Permanente educatie vraagt planning, zodat zekerheid bestaat ten aanzien van het kunnen c.q. moeten volgen van onderwijs. Om goed te kunnen functioneren moet een sociaal systeem worden ontwikkeld, waarbinnen het mogelijk is afwisselend te werken en te studeren. De opzet van het onderwijs moet in samenwerking met belanghebbenden worden uitgewerkt om een zo groot mogelijk rendement te kunnen verkrijgen.

Het creëren van een systeem van permanente educatie kan een explosieve situatie doen ontstaan. Er komt een grote druk op het ontwikkelen van verschillende soorten onderwijs (full time, part time, cursorisch; in nieuwe richtingen en aanvullend). Allerlei mogelijkheden en vormen van onderwijs zijn denkbaar. Nieuwe kennis en nieuwe ervaringen moeten continue worden verwerkt. Daarom is een nauwkeurige specificatie van belanghebbende groepen, soorten en verlangd onderwijs en prioriteiten noodzakelijk. Ook het planningsschema voor het regelen van het volgen van onderwijs kan een druk veroorzaken. In hoeverre kan worden aangesloten bij belangstelling en behoefte van onderwijsvragenden? In hoeverre kunnen bepaalde kennis en bepaalde vaardigheden van de volgers van permanente educatie worden verlangd? Het recht op onderwijs kan overgaan in een gepland systeem waarin mensen zich moeten aanpassen.

Dr. E. Block van het Researchinstituut van de Nationale Defensie sprak over 'In welke richting ontwikkelt West-Europa zich - kan de Futurologie een antwoord geven?'. Het was een betoog, waarin vanuit een historisch-analytische benadering getracht werd een beschrijving van de huidige situatie te geven, als startpunt voor een toekomst-gerichte beschouwing. De aard van de inleiding wordt het beste gekarakteriseerd door de opmerking aan het begin van de inleiding, dat voor het verkrijgen van inzicht in de toekomst méér begrip nodig is van menselijke reacties dan van statistische bewerkingen.

De mens beschikt over het vermogen te plannen en de gevolgen daarvan, althans gedeeltelijk, te overzien. Er zijn echter mensen die toekomststudies veroordelen, zoals Popper. Hij doet dit op wetenschappelijke en politieke gronden. Wetenschappelijk, omdat één origineel idee een volledige omwenteling in het leven van de mens kan geven (b.v. de transistor). Niet alleen wetenschappelijke ontwikkelingen, maar ook politieke ideeën of religieuze opvattingen

(vgl. Iran), kunnen een omwenteling veroorzaken. De gemaakte blauwdruk blijkt dan onjuist te zijn. Politiek heeft Popper bezwaar omdat de mens op grond van het feit dat hij een bepaald idee/ideologie als de juiste beschouwt, dit onder druk kan willen opdringen c.q. plannen (zoals in dictatoriale regimes). Popper richt zich vooral tegen de gedetailleerdheid die hij aan toekomstplannen toeschrijft.

Men kan daartegen inbrengen dat het goed mogelijk is algemene lijnen vast te stellen betreffende wat kan (en niet moet) gebeuren en dat men dit beeld kan bijstellen, zodra dit nodig blijkt. Planning is echter het gevaarlijkste deel van de Futurologie. Het hangt van het meer democratische c.q. meer dictatoriale karakter van een staat af hoe planning wordt gehanteerd.

Een probleem van toekomstonderzoek is dat liberalen en sociologen meestal weinig geïnteresseerd waren in toekomstonderzoek. Technocraten wel, wat vervolgens een verwijt van monopolisering deed ontstaan.

Voor toekomstonderzoek is een bepaalde theorie en een bepaalde methode nodig. Block is van mening dat vooral contact nodig is met de historische, archeologische en politieke wetenschappen. Wat hem bijzonder interesseert, is te weten wat de stabiliserende structuren in de ontwikkeling van de menselijke samenlevingen zijn geweest. Hij zoekt naar methoden, waardoor op een verantwoorde wijze een veelomvattend inzicht in de menselijke ontwikkeling is te verkrijgen. Hij licht dit toe aan de hand van de ontwikkelingen in Europa gedurende de 20e eeuw.

De twee wereldoorlogen in de 20e eeuw zijn ingrijpende gebeurtenissen geweest. Op het moment van de Eerste Wereldoorlog was Europa het rijkste en verst ontwikkelde deel van de wereld. Door de Eerste Wereldoorlog zijn echter vele mensen gedood, waardoor een groot aantal families werden aangetast, vele instituties verloren hun vanzelfsprekendheid, tussen naties bestonden grote tegenstellingen, etc. Hierdoor is de basis gelegd voor latere veranderingen, zoals het verlies aan macht, het verlies aan technische superioriteit, het zich vrijmaken van koloniale overheersing e.d. Door de Tweede Wereldoorlog is dit proces, dat ook zonder beide wereldoorlogen zou hebben plaatsgevonden, nog eens versneld.

Waarom was West-Europa zo superieur? Waarom heeft de industriële revolutie niet plaatsgevonden in China dat voorheen zo superieur was? Als redenen daarvoor werden aangevoerd:

1. Door bepaalde genetische omstandigheden zijn in de 17e eeuw een aantal geniale mensen in West-Europa geboren.
2. Taal en sociale organisatie waren in Europa gunstig voor nieuwe ontwikkelingen. Het gebruik van het Latijn speelt hierbij

een belangrijke rol (Chinees is een moeilijke taal).

3. China had een zeer oude cultuur met een bestuurlijk systeem dat ontwikkelingen niet zo gemakkelijk toeliet. Bovendien was het land ontzettend uitgebreid.

Europa daarentegen was opgesplitst in een groot aantal staten en staatjes. Iemand die met zijn gedachten en ideeën in het ene land niet werd geaccepteerd, ging naar een ander land en zocht daar emploi bij een vorst die hem betaalde. Ging dat op een gegeven moment niet meer goed, dan was er in de buurt wel een ander land om verder te komen. De constellatie van staten in Europa bevorderde dus een bepaalde ontwikkeling.

In Europa bestaat pessimisme over de toekomst. Wat is nu de hoop die in de huidige constellatie voor Europa bestaat? Voor Block is dit het zoeken van een Europese esprit, gericht op respect voor het individu. We moeten echter niet proberen de grote staten te imiteren (V.S. en Rusland).

Hij vergeleek de huidige situatie met de situatie aan het eind van de klassieke periode in Griekenland, toen mogendheden van buitenaf trachtten te penetreren in Griekenland. Thans vragen Rusland en de V.S. elk loyaliteit van een deel van Europa. Dat betekent penetratie, kolonisatie en finlandisatie. Het is echter mogelijk voor het thans nog niet verenigde Europa een rol te spelen tussen de grote blokken. Rusland kampt met bevolkingsproblemen. In Moskou is het geboortecijfer zeer laag (10:1000 inwoners), terwijl de vrij grote Islamitische bevolkingsgroepen in het zuiden zich sterk uitbreiden. Zij zullen streven naar een zekere zelfstandigheid, eventueel met steun van buiten. Een streven dat in relatie staat met andere gebeurtenissen in de Islamitische wereld.

De V.S. worstelen met een uitgebreide illegale immigratie vanuit Zuid-Amerika, welke een aanslag doet op het nationale inkomen. De twee grootmachten kampen dus beide met problemen betreffende de bevolkingsbalans, waardoor minder kracht overblijft voor een gerichtheid op het buitenland. In Oost-Europa zal hierdoor b.v. meer ruimte voor een eigen bestemming ontstaan.

De analyse van Block omvatte een aantal zeer interessante lijnen. Behalve het hoopvolle perspectief voor Europa, zoals zojuist geschetst, ontbrak een behoorlijke synthese in de zin van een meer nauwkeurige beschrijving van een op de toekomst gerichte verwachting. Het is tenslotte nog maar de vraag welke verwachtingen Europa mag koesteren, in verband met de bevolkingsexplosies elders op de wereld en de gesloten blokken (markten) die elders kunnen ontstaan. En als de technologie wel nieuwe mogelijkheden biedt, maar er geen oplossingen worden gevonden voor psychisch-sociale problemen, wat is dan onze

verwachting? Voor de oplossing van de crisis in onze geestelijk-culturele waarden werd niet duidelijk een perspectief geboden.

Prof. Dr. J. J. Müller van de Regionale Afdeling van Europa van de WHO te Kopenhagen, hield een inleiding over 'Mogelijke veranderingen in de tandheelkundige gezondheid in Europa, gedurende de komende 10-15 jaar'.

Hij beschreef uitgebreid de prevalentie van cariës en parodontale afwijkingen op de wereld, met voornamelijk gegevens van een aantal jaren geleden. Als belangrijkste kenmerken betreffende het gebruik van een zorgverleningssysteem beschreef hij 'availability', 'accessibility' en 'acceptability'. In de eerste plaats gaat het om de vraag of diensten beschikbaar zijn. Is dit het geval dan is het de vraag of deze diensten redelijk bereikbaar zijn voor de mensen. En zo ja, dan moeten de diensten ook nog acceptabel zijn voor de mensen, d.w.z. in overeenstemming met de verlangens. Hiervan hangt het gebruik en vervolgens de gebitsverzorging af.

Het invoeren van preventieprogramma's in Westerse landen, zo werd aangetoond, leidt tot een verlaging van het DMFT-getal. Deze ontwikkeling staat in tegenstelling tot de gang van zaken in de ontwikkelingslanden, waar – door een hoger suikerverbruik – het DMFT-getal hoger wordt.

Op grond van uitgebreid voorspellingsonderzoek, volgens de delphimethode, is in de komende 25 jaar een vrij belangrijke doorbraak op het gebied van de cariësbestrijding te verwachten. Ten aanzien van parodontale afwijkingen zijn de voorspellingen minder duidelijk.

Aan het eind van het betoog kwam Müller tot een aantal conclusies.

1. De prevalentie en de ernst van tandheelkundige ziekten in ontwikkelingslanden neemt toe. In de geïndustrialiseerde landen neemt de cariës af.

2. Binnen 10 à 15 jaar kan in geïndustrialiseerde landen cariës bij de jeugd voor een groot deel onder controle worden gebracht, als resultaat van jeugdverzorgingsprogramma's, door een verandering van attitude e.d.

3. Bij alle leeftijdsgroepen ontstaat een afname van parodontale afwijkingen door T.G.V.O.

4. Door een verbeterde mondhygiëne ontstaat een afnemend verlies van gebits-elementen en een lagere prothesebehoefte.

5. Bij het publiek ontstaat in het algemeen een toenemend bewustzijn van een betere zorg voor het gebit en meer aandacht voor de preventie.

6. De uit het voorafgaande resulterende andere verzorgingswijze is van invloed op de behoefte aan verschillende soorten werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg en de benodigde opleidingen.

7. De economische ontwikkelingen zullen slechts een bepaalde omvang van de tandheelkundige verzorging toelaten: geen maximale tandheelkundige gezondheidszorg. Een totale tandheelkundige gezondheidszorg is te kostbaar en daardoor niet mogelijk. Men zal uit moeten gaan van bepaalde minimumeisen.

Punt 7 had – wat mij betreft – gedetailleerder uitgewerkt mogen worden, vooral ten aanzien van de mogelijke consequenties voor het toekomstige zorgverleningssysteem. Temeer omdat tijdens het F.D.I.-congres te Madrid in 1978 daar reeds uitvoeriger over was gesproken. Ook had ik graag een duidelijker definitie van gebitsgezondheid gehoord.

Een maximale zorg is niet mogelijk. Er moeten minimumeisen komen, maar daarmee is de doelstelling ten aanzien van gebitsgezondheid nog niet omschreven.

Dr. S. P. Johns van de Nuffield Foundation (Londen) hield een voordracht over 'De enquête van de Nuffield Foundation betreffende de opleiding van tandartsen in Groot-Brittannië voor de 21e eeuw'.

De bedoeling is dat de Nuffield Foundation in april 1980 een rapport uitbrengt met een advies en aanbevelingen ten aanzien van in de toekomst op te leiden tandartsen, uitgaande van de huidige en toekomstige behoefte van de samenleving en rekening houdende met de vorderingen van de tandheelkundige wetenschap en techniek, veranderingen in opvatting betreffende de tandheelkundige zorgverlening en de mogelijkheden van preventie van tandheelkundige ziekten.

Door middel van een uitgebreide enquête en interviews probeert men inzicht te verkrijgen in de bestaande opleiding, de veranderingen in de samenleving wat betreft de tandheelkundige verzorging, de gewenste opzet van de opleidingen van tandartsen, medewerkers en specialisten, en de mogelijkheden van preventie etc.

De Nuffield Foundation heeft een groep van 13 personen aangewezen die het onderzoek uitwerkt. Onder hen zijn 7 tandartsen: o.a. maken Prof. Cohen, Prof. Kramer en Prof. Slack deel uit van de commissie. Alle organisaties, die op enige wijze betrokken zijn bij de tandheelkundige verzorging in Groot-Brittannië, zijn op de hoogte gesteld van het onderzoek en zij kunnen van hun inzichten blijf geven.

Alle 18 Dental Schools worden bezocht. Tijdens deze bezoeken heeft men contact met senior-, junior-, basis-, preklinische en klinische docenten, om een zo gevarieerd mogelijke informatie te verkrijgen. Aldus tracht men inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het tandheelkundig onderwijs in de toekomst het beste georganiseerd kan worden.

Het is overigens niet de bedoeling meer dan algemene aanbevelingen uit te brengen,

daar de Britse Dental Schools over een grote mate van vrijheid beschikken ten aanzien van het inrichten van een curriculum.

Aspecten die in elk geval in het eindrapport aan de orde zullen komen, zijn: de veranderingen in het voedingspatroon van de bevolking, veranderd patroon van tandheelkundige ziekten in de toekomst, veranderingen in de tandheelkundige beroepsuitoefening en veranderingen in de soort van opleiding van tandartsen en andere werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg.

In het rapport zullen waarschijnlijk de aanbevelingen zijn opgenomen om preventie als uitgangspunt te nemen, zo vroeg mogelijk te starten met de patiëntenbehandeling in de opleiding van tandartsen, een betere integratie van basis en klinische vakken te realiseren, een integratie van de klinische behandeling van patiënten te bewerkstelligen e.d.

Ik ben erg nieuwsgierig welke antwoorden men zal geven op meer fundamentele vragen als: wat is gebitsgezondheid; wat is de functie van de Britse tandheelkundige gezondheidszorg; is deze primair op de omgeving van het individu gericht of blijft men door te willen gaan met de primaire gerichtheid op het individu; wat is de functie van de tandarts; welke uitgangspunten zijn nodig voor een onderwijssysteem dat voorbereidt op een zorgverlening aan de totale patiënt; hoe kan men de tandarts voorbereiden op een zelfstandige, verdere ontwikkeling als tandarts tijdens zijn latere beroepsuitoefening etc.?

Dr. G. Ritchie (University College Hospital Medical School, Dental Department, London) hield een inleiding over 'Extrinsieke factoren die belangrijke beleidsbeslissingen betreffende het tandheelkundige curriculum beïnvloeden'.

Ritchie behandelde een aantal van buiten op het onderwijsproces inwerkende factoren. Enkele voorbeelden uit zijn uitvoerige betoog zullen worden weergegeven.

Tegenwoordig gaat men vaak uit van het concept van totale tandheelkundige verzorging van een patiënt. In plaats van het opdelen van tandheelkundige problemen overeenkomstig de bestaande tandheelkundige afdelingen wordt geïntegreerd onderwijs gegeven betreffende de benadering en behandeling van de tandheelkundige problemen van patiënten. Dit brengt b.v. een integratie van conserverende, parodontale en prothetische aspecten met zich mee. De uitwerking van dit principe roept een aantal problemen op die onder ogen moeten worden gezien, zoals problemen met de identiteit van stafleden, het creëren van overlegsituaties e.d.

Vele curricula komen tot stand door samenpersen van bestaande onderdelen en bijvoegen van nieuwe onderdelen. Er vindt

weinig of geen evaluatie plaats van onderwijs. Op allerlei kernvragen als, waarom doen we wat we doen, wat zijn de consequenties en hoe kunnen we bevredigend het af te leveren produkt opleiden, kunnen we geen antwoord geven. De enige manier om hieruit te komen is de vaak impliciet blijvende bedoelingen in doelstellingen te formuleren om te weten waarover we praten en wat we nastreven.

Momenteel wordt veel gesproken over het kennis laten maken van de student met verschillende aspecten van het tandheelkundige verzorgingssysteem. Hierdoor komt een leersituatie tot stand die motiverend kan werken op de student, omdat hij ziet hoe hij zijn kennis en vaardigheden kan hanteren. Hier en daar bestaat het streven om voor het leren samenwerken met medewerkers het tandheelkundig onderwijs een zodanige modulaire opbouw te geven dat tandheelkundige studenten en aspirant medewerkers gezamenlijk worden opgeleid tot b.v. het examen van mondhygiëniste. De tandheelkundige student(e) kan bij minder goede geschiktheid voor de tandheelkundige studie besluiten mondhygiënist(e) te worden. Omgekeerd kan een mondhygiënist(e) die alsnog de tandheelkundige studie wil volgen, op eenvoudige wijze aansluiting vinden op de studie tot tandarts (een situatie die in Zweden nu gerealiseerd gaat worden met het daar per 1 september 1979 in te voeren nieuwe curriculum).

De bezinning over de aard van de eisen, te stellen aan de tandarts, brengt de vraag met zich mee of de opleiding tot tandarts nog langer een vooral technische opleiding moet zijn dan wel een duidelijk universitair karakter moet hebben. Een ander vraagstuk daarbij is in welke relatie tot elkaar biologische basisopleiding, het leren van psychomotorische vaardigheden en het verwerven van een bepaalde attitude c.q. gedrag in een tandheelkundig curriculum moeten worden ondergebracht; een curriculum dat bovendien moet voorbereiden op het zelfstandig verder leren na de opleiding tot tandarts. Volgens mijn eigen waarneming zijn het vooral vraagstukken betreffende de biologische basisopleiding, de integratie daarvan met de klinische opleiding en de toepassing van preventie, die op het ogenblik de motiverende krachten voor veranderingen in de curricula vormen. Het denken over de gedragsaspecten van het werk van de tandarts is, in een tandheelkundige omgeving die zich primair technisch heeft ontwikkeld en later natuurwetenschappelijk heeft georiënteerd, nog een teer kasplantje.

De integratie van de patiëntenbehandeling blijkt op de meeste plaatsen, door de bestaande departementale structuur, onvoldoende ondersteuning te verkrijgen.

Het betoog van Ritchie was, naar mijn mening, een vermenging van extrinsieke en

intrinsieke factoren. De volgende spreker zou zich alleen met de intrinsieke factoren bezighouden.

Dr. D. Piper (Institute of Education, London University) sprak over 'Intrinsieke factoren die belangrijke beleidsbeslissingen betreffende het tandheelkundige curriculum beïnvloeden'.

Piper heeft een literatuuronderzoek gedaan om een inzicht te verkrijgen in hetgeen over de intrinsieke factoren, betreffende tandheelkundige curricula, bekend is. Hij keek daarbij naar factoren als het al of niet bestaan van een combinatie van de opleiding tot tandarts met de opleiding van medewerkers, specialistenopleidingen, postacademisch onderwijs, lengte van opleidingen, inhoud programma's, toelatingseisen, structuur en organisatie, onderwijsvormen (theoretisch, praktisch, zelfinstructie, e.d.) en wijze van evaluatie van studievorderingen en opleiding.

Hij benadrukte dat een curriculum als een samenhangend systeem moet worden benaderd. De onderlinge relatie tussen de onderdelen moet bij beslissingen over veranderingen van het curriculum zeer goed in het oog worden gehouden. De beslissingenstructuur bij het veranderen van een curriculum is van veel betekenis.

Drie aspecten spelen een belangrijke rol bij het beoordelen van een curriculum:

- de voorbereiding op de beroepsuitoefening;

- de onderwerpen van het onderwijs, waarbij met name de academische integriteit, d.w.z. hoe zit het probleem wetenschappelijk in elkaar, een rol speelt;

- de mogelijkheden van de studenten, wat betreft hun motieven en capaciteiten.

Hiermee zijn drie doelenreeksen c.q. gerichtheden gegeven. De opleiding hoort op alle drie gericht te zijn, maar één der aspecten kan overheersen. Ook kan er een tegenstelling tussen de drie gerichtheden bestaan. Zo kan b.v. een verschil bestaan tussen de belangstelling van de studenten en de inhoud van het onderwijs. Basisdocenten kunnen meer streven naar een wetenschappelijke benadering van de stof, terwijl studenten c.q. klinische docenten vooral op een klinische toepassing zijn gericht, zonder uitdieping van de problemen c.q. het analyseren van de twijfels die horen bij de gekozen werkwijze.

De laatste jaren worden hogere eisen gesteld aan de studenten en is het programma uitgebreid. Het staat echter niet vast of de hogere eisen aansluiten bij de mogelijkheden van de studenten.

Men heeft door onderzoek vastgesteld dat studenten vaak meer sociaal gericht aan een studie beginnen en later meer egocentrisch worden. Tijdens de opleiding is dus een verschuiving van waarden ontstaan. Door de gerichtheid van de opleiding is blijkbaar een bepaalde waardenverschuiving bevorderd.

Wanneer men veranderingen wil aanbrengen in de eerder genoemde aspecten van onderwijs, zoals inhoud van het onderwijs, cursusopzet etc., dan zal men moeten kijken naar b.v. de mogelijkheden en motieven van de studenten. Hoeveelheid, soort en moeilijkheidsgraad van het onderwijs vergen een afstemming binnen de mogelijkheden van het systeem. Anders zal men binnen het systeem de nodige aanpassingen van de doelen betreffende de beroepsuitoefening c.q. van de capaciteiten van de studenten om de doelen van het onderwijs te kunnen bereiken e.d., moeten bewerkstelligen. Daar in verschillende Europese landen de factoren, die een rol spelen bij de curriculumopbouw, verschillend liggen, zal het niet mogelijk zijn voor alle landen van één curriculum uit te gaan.

Het was jammer dat Piper, die een aardige aanzet gaf voor een kritische analyse van de elementen van een curriculumopbouw, niet méér dan een schematisch overzicht gaf. Aan de werkelijke belangrijke vragen kwam Piper niet toe, vragen zoals: welke consequenties hebben onze huidige inzichten betreffende de gezondheid van de mond, voorlichting en preventie, de functie van het zorgverleningssysteem en de rol van de tandarts daarin voor de opzet van een curriculum? Wat zijn de vereiste cognitieve, affectieve en psychomotorische

vaardigheden die hieruit voortvloeien voor de tandarts van de toekomst en wat betekent dit voor filosofie, onderwijskundige uitgangspunten, structuur en organisatie, opleiding van docenten, recrutering van studenten e.d. ten aanzien van een tandheelkundig curriculum in de toekomst?

De gehele bijeenkomst overziende kan worden vastgesteld, dat een hoeveelheid analytisch materiaal is aangedragen.

De analyse had betrekking op de omgeving en de levensstijl van het individu en de crisis waarin de huidige zorgsystemen, in verband hiermee, verkeren, de technologische mogelijkheden voor een verbetering van de levensstijl van mensen, de permanente educatie voor een continue ontwikkeling van persoonlijke en beroepsmatige vaardigheden, de mogelijkheden van toekomstonderzoek voor de bepaling van een richting waarin naar de toekomst kan worden toegewerkt, de veranderingen in de tandheelkundige ziektepatronen in de toekomst en in relatie hiermee de veranderingen in de zorgverlening, de wijze waarop externe factoren inwerken op het tandheelkundig onderwijs en de wijze waarop een onderwijsproces als systeem functioneert. Men kan niet zeggen dat het allemaal evenwichtig op elkaar aansloot en er werd ook nauwelijks een poging tot synthese ge-

daan. Hoe nu de verschillende gegevens en inzichten in samenhang tot elkaar te hantieren, bleef een open vraag.

Dit alles neemt niet weg dat de aanwezigen kennis hebben genomen van gedachten en ideeën, die stof tot overdenking geven. Met behulp daarvan zullen zij inhoud moeten geven aan het denken over het tandheelkundig onderwijs in de toekomst, gezien in het perspectief van de eigen situatie. Voor mij staan daarbij centraal een oriëntatie op de waarden die belangrijk zijn voor de toekomst, de betekenis en inhoud van tandheelkundige gezondheid voor de mens en een onderwijskundig gericht denken.

Literatuur:

1. Hall, P. (1978): Year 2000. 2e druk. Duckworth, London.
2. Secretariat for future studies (1978): Care in society - project presentation. S-10392 Stockholm, Sweden.
3. Steffanie, G. A. (1979): Verslag W.T.A.-cursussen d.d. 1 en 2 februari 1979, betreffende recente ontwikkelingen in het tandheelkundig onderwijs en gedragswetenschappen in de tandheelkunde.

September 1979.

Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

BERICHTEN

Internationaal

PHILIPPINE COLLEGE OF ORAL SURGEONS

Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast benoemd tot erelid

Tijdens de jaarvergadering van het *Philippine College of Oral Surgeons* te Manilla in februari van dit jaar (hem was verzocht in zijn hoedanigheid van President van de International Association of Oral Surgeons deze bijeenkomst te openen) is Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast het erelidmaatschap van dit gezelschap aangeboden voor zijn 'professional leadership and commitment to international understanding in the field of oral surgery'.

Buitenland

BELGIË

Benoeming Dr. D. H. van Steenberghe

Met ingang van 1 september 1979 is Dr. D. H. van Steenberghe (Brussel) benoemd tot *docent* (een academisch ambt in België tussen dat van

hoogleraar en lector) in de Faculteit der Geneeskunde (Dienst Tandheelkunde) aan de Katholieke Universiteit te Leuven, om onderwijs te geven in de Parodontologie.

Daarnaast blijft de heer Van Steenberghe als gast-medewerker verbonden aan de Subfaculteit Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam, bij de vakgroep Parodontologie, om onderzoek te verrichten op het terrein van de Fysiologie van het kauwstelsel.

Binnenland

STICHTING TER BEVORDERING VAN 'MAXILLO-FACIALE TECHNOLOGIE'

Bericht van oprichting

Te Utrecht is opgericht de *Stichting ter Bevordering van 'Maxillo-Faciale Technologie'*. Deze stichting heeft tot doel de kennis van en de kundigheid in de toepassing van maxillo-faciale technieken te verbeteren, te bevorderen en te verbreiden. Een en ander in zo nauw mogelijke samenwerking met de betrokken specialisten in medische en technische beroepen, en de industrieën.

De stichting tracht haar doel te verwezenlijken

door het leggen van contacten in binnen- en buitenland.

Het bestuur van de stichting verzoekt een ieder, die uit hoofde van zijn kennis en kunde een bijdrage kan leveren tot de verwezenlijking van genoemde doelstellingen, zich te wenden tot de secretaris, de heer F. D. Sluiter, Vechtplantsoen 240, 3555 XD Utrecht (tel. 030-44 38 82), die tevens gaarne bereid is nadere inlichtingen te verstrekken.

NETHERLANDS AMERICA COMMISSION FOR EDUCATIONAL EXCHANGE

Onderzoeks- en onderwijsbeurzen voor de Verenigde Staten

Bij het Netherlands America Commission for Educational Exchange (NACEE) kunnen beurzen worden aangevraagd voor een wetenschappelijk verblijf in de Verenigde Staten gedurende het academische jaar 1980-1981.

Deze beurzen omvatten onder meer *Fulbright-Hays beurzen* voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, resp. het geven van onderwijs in *elke studierichting*. Zij worden verleend aan Nederlandse hoogleraren, lectoren, wetenschappelijke medewerkers en promotie-assistenten, onder de volgende condities.

- Periode: 3-12 maanden.