

## MENINGEN

De rubriek 'Meningen' is ingesteld ten einde bij te dragen aan de opinievorming binnen de tandheelkundige professie. Met een zekere regelmaat zullen hierin ook redactionele commentaren verschijnen. Daarnaast kunnen deze kolommen ter beschikking worden gesteld van diegenen die onder eigen verantwoordelijkheid hun inzichten willen vastleggen over onderwerpen die ook de Redactie van belang acht voor de lezerskring van dit tijdschrift.

## Redactioneel

## KANTTEKENINGEN BIJ DE OPENING VAN 'HET MAATSCHAPPIJHUIS'

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Onderwijs – Mankracht

Op 26 september werd door H.K.H. Prinses Margriet de nieuwe behuizing van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde onder grote belangstelling officieel geopend. De voorzitter van de Maatschappij, A. J. C. Schoemaker, sprak bij die gelegenheid een rede uit, waarbij hij een aantal aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg aansneed, die een nadere beschouwing verdienen. Het bevorderen der tandheelkunde is, blijken deze toespraak, te interpreteren als een complex van inspanningen die er toe moeten leiden dat 'zoveel mogelijk mensen in ons land in het bezit moeten blijven, of weer komen, van een gezonde mond'. Een bepaald niet op het enge beroepsbelang gerichte doelstelling. Daar werd in vroeger tijden wel eens anders over gedacht. De verwezenlijking van dit doel moet dan gepaard gaan met 'een minimum aan restauratieve, curatieve en/of operatieve behandelingen door een optimale preventie'. Het mag niet moeilijk zijn voor de goedwillende beroepsgenoten zich in deze formulering te vinden.

## Contradictie

Een balans in de huidige situatie van de tandheelkundige volksgezondheid, die 'nog verre van ideaal' is, schetst de spreker dan ongeveer als volgt. Enerzijds constateert hij binnen die zorg een aantal ernstige lacunes: 40% van de volwassenen draagt een volledig of nagenoeg volledig kunstgebit; nog geen 40% van de ziekenfondspatiënten heeft een geldige saneringskaart; een belangrijke groep kinderen brengt nooit of zelden een bezoek aan de tandarts; voorts zijn er nog de groepen met een verhoogd risico die slecht aan bod komen zoals kinderen met angstige ouders, gehandicapten, kinderen van etnische minderheden en de groep der ouderen. Anderzijds acht hij de afstemming van het aantal opleidingsplaatsen op de behoeften van het werkveld problematisch. Te veel zorgverleners is een slechte zaak: aan het eind van de jaren tachtig wordt een

overschot van plm. 1500 tandartsen verwacht. Deze balans van de potentiële vraag naar hulp en het aanbod van hulpverleners lijkt op het eerste oog een contradictie in te houden. Immers indien, zoals in het verdere betoog duidelijk wordt, 'zelfzorg', dit is de preventie door de patiënt, moet leiden tot het indammen van de kosten, dan betekent dit dat deze zelfzorg weliswaar de behoefte aan protheses zal doen afnemen maar daarentegen het aantal monden met min of meer gezonde gebitten drastisch zal doen stijgen. Zo leidt zelfzorg, mits effectief, logischerwijs tot meer behoefte aan preventieve en vooral curatieve zorg, want niemand zal toch in alle ernst geloven dat de door preventie voor voortijdige extractie veilig gestelde gebitten gedurende de rest van de lange levensjaren vrij zullen blijven van cariës en parodontopathieën. Het streven naar doeltreffende zelfzorg door de bevolking verplicht tevens tot een minstens zo doeltreffende zorg van de zijde van de werkers in het veld. Terecht is aan de verzorging van de jeugdigen voorrang gegeven. Zij blijven echter niet eeuwig jong. Daarom zal aan de volwassenenzorg van goede kwaliteit tijdig aandacht geschonken moeten worden. Zou er misschien toch nog een arbeidsveld zijn voor die 1500 werkeloze tandartsen aan het eind van jaren tachtig?

Deze conclusie wordt door Schoemaker niet expliciet getrokken, wanneer hij in zijn verdere betoog de volwassenenzorg aan de orde stelt en in een toekomstperspectief deze – de grootste – groep van de bevolking een volledige tandheelkundige verzorging toedeelt. 'Het huidige beperkte verstrekkingenpakket in het ziekenfondswezen kan dan eindelijk worden verlaten. Er zal een verschuiving in de aard van de zorgverlening optreden.' Beoogd wordt hiermee onder meer dat dan eindelijk de strijd kan worden aangebonden met het parodontaal verval

## Differentiatie

Gezien de globale opsomming van de laten-

te en de toekomstige behoefte aan tandheelkundige zorgverlening in het bovenstaande, wordt het moeilijk de Maatschappijvoorzitter te volgen in zijn betoog, wanneer hij de bezorgdheid verwoordt over het verondersteld 'te grote aantal tandartsen dat opgeleid gaat worden'. De schaalvergroting in het tandheelkundig werkveld die mede in de hand gewerkt wordt door de structurele hervormingen, zoals voorgesteld in het befaamde rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de toekomstige tandheelkundige voorzieningen, geven weinig voedsel aan dit pessimisme. En dan is alleen nog maar de jeugd van 0-18 jaar aan de beurt geweest! Wij denken eerder dat de noodzakelijke differentiatie in het takenpakket van de tandartsen automatisch zal leiden tot een differentiatie binnen de groep der hulpverleners. Een differentiatie naar boven, dus in meer gespecialiseerden, géén specialisten, en een differentiatie naar beneden in lager opgeleide medewerkers. Wat voor vormen deze differentiatie ook zal aannemen, de tandarts-algemeen-practicus zal binnen dit werkveld de centrale positie moeten blijven behouden; anders dreigt een versnippering en een desintegratie op te treden, waarvan geen terug meer mogelijk is.

Waar wij hier voor willen pleiten is voor een uiterst behoedzaam beleid met betrekking tot de opleidingsplaatsen. Wat mogelijkerwijs aan opleidingscapaciteit verloren mocht gaan komt niet weerom. Mochten er misschien een paar tandartsen te veel komen, dan lijkt het niet ongewenst eens over de grenzen te kijken, waar met name in de ontwikkelingslanden nog veel werk kan worden verzet.

Tenslotte nog enige opmerkingen over het laatste gedeelte van deze rede. Hierin wordt nog eens extra de aandacht gericht op het takenpakket, dat aan de tandarts valt toe te delen, buiten zijn traditionele curatieve werk om. Wij noemen enige relevante trefwoorden: brede maatschappelijke verantwoordelijkheid, communicatieve vaardigheden op micro-niveau, dienstverlener per definitie, parodontoloog, gerodontoloog, gehandicaptenverzorger, psycholoog in de angstbestrijding. De opleidingen zijn met deze allerminst overbodige taken nog niet klaar. Het zou interessant zijn na te gaan in hoeverre zij er al mee begonnen zijn in de als maar veranderende curricula. Als belangrijke sluitpost volgt dan nog dat de kwaliteit van het handelen van de tandartsen bewaakt moet worden. De tot nu toe geboekte resultaten zijn weinig indrukwekkend, noch wat betreft het T.C.I., noch wat het 13-jarigeplan aangaat. Wij besteedden hier ruime aandacht aan de rede van de voorzitter van de Maatschappij, omdat hieruit duidelijk spreekt dat het hem niet te doen is om het enge tandartsenbelang. Hij geeft daarentegen een visie op de maatschappelijke verantwoordelijk-

heid van de tandheelkundige professie, waarvan wij hopen dat deze door de overgrote meerderheid van de beroepsgenoten zal worden gedeeld.

'Wij bouwden een huis met vele ramen, die wijd openstaan naar de samenleving', al-

us een der laatste zinnen van deze toespraak. Wij hopen, vermoedelijk met de voorzitter, dat de toekomstige activiteiten van de Maatschappij niet door de vele ramen op de tocht komen te staan.

Wij hopen tevens dat de krachtig dicht-

slaande deuren slechts aan tocht te wijten zullen zijn en niet de woede van de vergaderenden kracht zullen bijzetten.

v.S

## ONDERWIJS

### BEOORDELING VAN TANDHEELKUNDIGE BEHANDELPLANNEN

E. H. A. M. VERDONSCHOT *Uit het Instituut Conserverende Tandheelkunde voor Volwassenen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.  
Hoofd: Prof. Dr. A. J. M. Plasschaert.*

*Trefwoorden:* Onderwijs – Behandelplan

#### Vooraf

Met de introductie van het nieuwe curriculum tandheelkunde aan de Subfaculteit Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen in 1973 kreeg de integrale tandheelkunde een vaste vorm.

Als basis van de integraal-tandheelkundige behandeling van patiënten fungeert het behandelplan. Het onderwijs in het opstellen van behandelplannen alsmede de beoordeling van behandelplannen door tandartsen heeft echter géén vaste vorm.

Voorafgaande aan een breed onderzoek naar het opstellen van behandelplannen in het tandheelkundig onderwijs is naar de beoordeling ervan een pilot-study opgezet, waarover in dit artikel verslag wordt gedaan.

Aan een groot aantal tandarts-wetenschappelijk medewerkers uit de Instituten voor Conserverende Tandheelkunde voor Volwassenen, Parodontologie en Orthodontie van de Subfaculteit Tandheelkunde, die de noodzaak van een dergelijk onderzoek onderkennen en er vele uren van hun tijd in investeerden, is veel dank verschuldigd.

#### 1. Inleiding

Een belangrijk deel van een universitaire, tandheelkundige opleiding wordt gevormd door het trainen van studenten in het behandelen van tandheelkundige afwijkingen bij patiënten.

Bij de inrichting van het onderwijs kan men kiezen voor verschillende vormen, waar-

van als de twee extremen genoemd kunnen worden:

1. Een vorm, waarin de te behandelen afwijking centraal staat.
2. Een vorm, waarin de patiënt met zijn/haar tandheelkundige problematiek centraal staat.

In het curriculum van de Nijmeegse tandheelkunde-opleiding is gekozen voor deze laatste.

Het wordt mogelijk geacht elke patiënt te behandelen overeenkomstig een in de tijd gefaseerd plan, waarbij enerzijds rekening wordt gehouden met het vaardigheidsniveau van de behandelende student(en) en anderzijds de patiënt optimale aandacht krijgt.

De mate waarin een dergelijke opzet gerealiseerd kan worden, wordt bepaald door de waarde, die wordt gehecht aan behandelplannen. Het behandelplan moet niet alleen de tandheelkundig-inhoudelijke toets der kritiek kunnen doorstaan, maar moet tevens acceptabel zijn voor de betrokkenen, te weten:

- de patiënt,
- de behandelende student,
- een zgn. tandarts-begeleider,
- een zgn. tandarts-instructeur.

Voor het tot stand komen van het behandelplan wordt chronologisch als volgt gehandeld:

1. de student verzamelt en registreert tandheelkundig relevante informatie bij de patiënt;
2. de student stelt een gemotiveerd behandelplan op;
3. de tandarts-begeleider beoordeelt het

#### Samenvatting:

In deze pilot-studie staat de beoordeling van tandheelkundige behandelplannen centraal. Vijf behandelplannen werden door 16 tandartsen (instructeurs) beoordeeld.

Uit de resultaten blijkt onder meer:

- Er bestaat een grote spreiding in de beoordeling door de tandartsen.
  - Niet alle onderdelen van een behandelplan wegen even zwaar door in het eindcijfer.
  - Het formuleren van een (samenvattend) totaaloordeel vóórdat de beoordeelaar het eindcijfer bepaald lijkt gewenst.
  - Hantering van een vier-puntsschaal bij de beoordeling van behandelplannen leidt tot overwegend gebruik van de middenposities op deze schaal.
- Voor het goed functioneren van het onderwijs in het opstellen van een behandelplan dient de beoordeling van behandelplannen verder gestructureerd te worden.

plan, doet suggesties tot aanpassing en verbetering en draagt de verantwoordelijkheid voor de definitieve versie van het plan;

4. na goedkeuring wordt het plan stapsgewijs uitgevoerd onder begeleiding van een of meerdere (wisselende) tandarts-instructeurs.

Tijdens de behandeling bestaat de mogelijkheid om het plan te modificeren, zulks in gemeen overleg tussen de betrokkenen.

Vanuit onderwijskundig oogpunt is in de genoemde procedure o.a. van belang dat tandarts-begeleiders onderling – gegeven identieke of analoge probleemsituaties – een acceptabel niveau van overeenstemming weten te bereiken ten aanzien van de beoordeling van, door studenten geformuleerde, plannen. Om hierin inzicht te verkrijgen werd een pilot-studie opgezet naar de mate van overeenstemming over enkele door studenten geformuleerde plannen.