

ONDERWIJS

GENEESKUNDE IN HET TANDHEELKUNDIG CURRICULUM

L. ABRAHAM-INPIJN

*Uit de vakgroep Inwendige Geneeskunde
van de Universiteit van Amsterdam.
Voorzitter: Prof. Dr. J. van Gool.*

Trefwoorden: Onderwijs – Curriculumvernieuwing – Geneeskunde

Inleiding

Binnen het kader van de vijf-jarige universitaire opleiding tot tandarts bestaat een groeiende behoefte om niet de puur tandheelkundig-technologische en -curatieve benadering van de patiënt te laten overwegen, doch daarbij in even sterke mate psychosociale en medische aspecten te betrekken.

Door het succes van de preventie in de tandheelkundige praktijk zal het aantal op 45-jarige leeftijd edentate patiënten afnemen, waardoor de gemiddelde leeftijd van de populatie die nog volledige tandheelkundige behandeling behoeft, zal stijgen. Daarop berust het inzicht dat de 'cliënt' geen 'gebit' is, maar een patiënt met bij zijn leeftijd passende kwalen en gebreken. Met het stijgen van de leeftijd zal het aantal patiënten met een verhoogd medisch risico voor de tandarts toenemen. Zij hebben vaak ingrijpende medische, therapeutische en andere behandelingen ondergaan. Tevens moet de tandarts in staat zijn calamiteiten tijdens zijn behandeling of te voorkómen of adequaat op te vangen. In dit kader vormt het indienen van schadeclaims door patiënten of familieleden van patiënten, niet alleen wegens vaktechnische fouten doch ook wegens complicaties, ontstaan tijdens de behandeling, een, in Amerika reeds niet onbelangrijk, bijkomend probleem. Hierbij spelen onvolledig opgenomen anamneses of gebrekkige contacten tussen behandelend arts respectievelijk specialist en tandarts vaak een rol. De tijden dat een tandarts het zich kon permitteren zijn inspectie te beperken tot gebitselementen lijkt, mede gezien de huidige diepgang van de studie, voorbij. Dit laatste is van des te groter belang daar de huidige artsenpopulatie zijn waarnemen meer en meer lijkt te beginnen bij of zelfs voorbij de tonsillen. Het niemandsland tussen de tandenrij en de tonsillen lijkt dus te gaan behoren tot het werkerterrein van de tandartsenpopulatie.

In de opleiding wordt de kennis van de pathologie van de mond aangevuld met algemeen medische aspecten die dit deel van het lichaam kunnen beïnvloeden. Wil men in de gezondheidszorg meer rendement behalen dan zal men dit voor een belangrijk

deel uit preventieve maatregelen dienen te putten. Dat wil zeggen dat de scheidingslijn gezond/ziek nauwkeuriger dient te worden vervolgd.

De tandarts is in de uitzonderlijke positie, dat hij door de gebruikelijke controles bij volwassenen en bij kinderen, de mogelijkheid tot een aanvullende anamnese en herhaalde observaties bezit; vaak meer dan dit bij de huisarts het geval is. Hierdoor kunnen ziektebeelden die zich zowel fysiek als ook in het gedrag van de patiënt manifesteren, vroegtijdig worden herkend. Dit geldt zeker voor afwijkingen die zich in het hoofd-halsgebied afspelen.

Daarmee is een reactie op gang te brengen in het contact patiënt/huisarts. Deze inbreng ten aanzien van preventie en melding is goed op zijn plaats bij de huidige tandarts zonder dat dit kosten verhogend behoeft te werken (Bremer, 1980). Zo zou men landelijk geen nieuw systeem voor regelmatige bloeddrukcontroles behoeven op te zetten als men hiervoor van de halfjaarlijkse bezoeken aan de tandarts gebruik zou maken.

Een ander voorbeeld wordt gevormd door de late gevolgen van röntgenbestraling in het hoofd-halsgebied. Vele, meest retrospectieve, studies geven aan dat in een dergelijk behandeld gebied op een grotere tumorinductie dient te worden gerekend, in vergelijking tot controlegroepen. Als nu de tandarts, tijdens zijn controlezitting, bij een dergelijke bestraalde patiënt een zwelling in de glandula parotis ontdekt, dan zal het meestal voldoende zijn de patiënt hierop te wijzen en een contact met de huisarts te leggen. De parotistumoren zijn vrijwel nooit pijnlijk en groeien vaak relatief langzaam, ook als het maligne afwijkingen betreft. Het duurt daardoor soms erg lang alvorens de patiënt een arts raadpleegt. In vele gevallen 'verloren' tijd, die de tandarts op zijn slechtst tot een halfjaar kan terugbrengen.

In landen die medisch minder dicht bevolkt zijn dan Nederland wordt de tandarts reeds meer en meer ingeschakeld in de algemene acute hulpverlening bij noodsituaties o.a. in 'medische emergency teams'. Binnen de tandheelkundige opleiding zijn veranderingen gaande, waarbij in de laat-

Samenvatting:

Het succes van de preventie in de tandheelkundige praktijk zal ertoe bijdragen, dat de gemiddelde leeftijd van de populatie, die nog volledige tandheelkundige behandeling behoeft, zal stijgen. Met het toenemen van de leeftijd zal het aantal patiënten met een verhoogd medisch risico voor de tandarts van belang worden. Daarbij komen vaak ingrijpende medisch-therapeutische en andere behandelingen voor. Ook zal de tandarts in staat dienen te zijn calamiteiten tijdens zijn behandeling of te voorkómen of adequaat op te vangen.

Wil men tevens uit de huidige gezondheidszorg meer rendement behalen, dan zal dit voor een belangrijk deel uit preventieve maatregelen dienen te worden geput. De tandarts is in de uitzonderlijke positie dat hij door de gebruikelijke controles de mogelijkheid tot aanvullende anamnese en herhaalde observaties bezit. Hierdoor kunnen vele ziektebeelden vroegtijdig worden herkend. De huidige tandheelkundige studie probeert op deze toekomstige eisen in te spelen met de invoering van het herprogrammeren van het curriculum. Praktische voorstellen ten aanzien van het daarbij benodigde medische onderwijs worden gedaan.

ste jaren al in meer of mindere mate een stuk medisch observeren respectievelijk medisch denken werd ingebouwd. Soms was dit echter nog onvoldoende op de tandheelkundige praktijk gericht. Dit hield in dat de tandheelkundige studie dreigde uit te groeien tot een kind met een 'medisch waterhoofd' zonder dat het profijtbeginsel goed aan de orde kwam. Ieder medisch specialisme wilde een eigen inbreng in het tandheelkundig curriculum, veelal niet afgestemd op de behoefte van de praktijk maar voortkomend uit belangstelling voor het eigen vakgebied met neiging tot hobbyïsme.

Het ligt echter niet in de bedoeling dat de tandarts met de nieuw verworven dimensie, zoals hiervoor werd beschreven, een supergespecialiseerde huisarts wordt. In dit kader lijkt het nuttig het medisch onderwijs ten behoeve van de tandheelkunde eens onder de loep te nemen, uitgaande van de situatie, zoals deze aan de Universiteit van Amsterdam in de loop van de laatste jaren is gegroeid.

De huidige situatie

Aan verschillende universiteiten lijkt een in hierboven aangegeven zin aangepaste opleiding op gang te komen, hetgeen mag blijken uit de wijziging in de waardering

voor de inbreng van de verschillende medische en basis-vakgebieden, zich uitend in een vaak toegenomen aandeel in vernieuwde tandheelkundige curricula.

Een toename van de inbreng alléén is echter onvoldoende om tot een tandarts met een medisch 'oog' te komen. Het afzonderlijk opvoeren van deelspecialistische activiteiten in het tandheelkundig curriculum lijkt hiervan een voorbeeld. Het versnipperen van aangeboden kennis, het te veel opgaan in details en de vaak grote overlap met randprofessies komen het rendement van de geïnvesteerde tijd niet ten goede*). Zo is het bijvoorbeeld niet nodig dat de tandarts de totale humane anatomie en histologie tot in alle details beheerst.

Een ander facet in de opleiding was lange tijd de geringe aansluiting die er bestond tussen de medisch-biologische basis en de klinische toepassing alsook tussen morfologische en functionele aspecten. Deze kinderziekten van het tandheelkundig curriculum waren alle vanuit de opleiding tot arts bekend.

Het gebrek aan omschreven doelstellingen werd van steeds meer belang, wilde men tot een evenwichtiger medische inbreng in het tandheelkundig curriculum komen.

Het is beslist niet de bedoeling dat de tandarts, afgezien van noodgevallen, die zich voordoen tijdens zijn behandeling, verder gaat in het diagnostisch of zelf therapeutisch behandelen van zijn patiënten. Naast basale medische kennis moet hij de vaardigheid bezitten tot het afnemen van een anamnese en voornamelijk tot observeren (Abraham, 1981). Hij dient een 'medisch oog' te ontwikkelen waarbij hij in staat moet zijn ziektesymptomen waar te nemen, te herkennen en naar de juiste instantie door te spelen.

Het kunnen schatten van het belang van symptomen voor het eigen behandelplan is zeker bij de verouderende bevolking essentieel. Een tandarts die past in een dergelijk medisch model dient niet een ongecoördineerde hoeveelheid medische kennis te bezitten, hij dient een specifiek aangepaste opleiding te ontvangen (Dworin, 1979).

Een aanzet tot een vernieuwd curriculum

De curriculumvernieuwing en de herpro-

*) Zo kan men stellen dat de slokdarm c.q. de grootste luchtwegen tot het werkerterrein van de K.N.O.-arts behoren. De gastro-enteroloog resp. de longarts zullen dit concept echter niet steunen. Ook de algemeen-internist zal hier onderwijs claimen.

Op deze wijze is het heel wel mogelijk dat de student vanuit drie of meer disciplines hetzelfde krijgt aangeboden. Onderwijskundig mogelijk niet eens verwerpelijk, maar praktisch niet adequaat.

grammering binnen de Subfaculteit Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam maakte het mogelijk een nieuwe visie op het te voeren beleid en de daaraan verbonden consequenties te ontwikkelen. De gedachtenvorming heeft zich in de afgelopen tijd voltrokken door onderlinge discussies zowel met de verschillende vakgroepvertegenwoordigers van de Subfaculteit Geneeskunde als vanuit de geformuleerde wensen vanuit de Subfaculteit Tandheelkunde. Daarnaast werden inlichtingen ingewonnen bij zusterfaculteiten.

Tijdens de besprekingen is duidelijk geworden dat structureel in de geneeskundige inbreng vergaande wijzigingen moesten worden aangebracht. De geneeskunde als geheel leek een belangrijke bijdrage te kunnen leveren mits daarvoor mankracht beschikbaar kwam. Centraal stond dat beter onderwijs alleen mogelijk was door in de opleiding tot tandarts meer prioriteit te geven aan integratie van de aangeboden medische kennis, meer aandacht voor praktisch-medisch denken (tevens gericht op praktische oefeningen) en een gecombineerde aanpak van het wetenschappelijk onderzoek (Hokwerda, 1979). Pas door jarenlange confrontatie tijdens de tandheelkundige practica met de patiënt als totaliteit, geestelijk zowel als lichamelijk, medisch zowel als tandheelkundig, kan het optimum worden bereikt.

Het streven naar dit doel: medische en tandheelkundige onderwijsintegratie, vergt een enorme inzet bij de ontwikkeling van het curriculum. Het op elkaar afstemmen in de tijd van de verschillende vakgebieden, is slechts één facet. Het binnen de vakgroepen bespreekbaar maken van gewenste ontwikkelingen en het actief aan nieuwe onderwijstechnieken meewerken, zonder dat personele uitbreiding mag worden verwacht, is in de huidige universitaire crisissituatie een precair punt. Niet alleen is de organisatie moeilijk, ook van de betrokken docenten wordt omscholing gevraagd. Dit onderwijs vraagt van de docent een technische opleiding, kennis, persoonlijke inzet en tijd. Maar daarnaast tevens een heroriëntatie van de docenten, die zelf nog veelal volgens het gesplitste concept zijn opgeleid. Deze heroriëntatie geldt niet alleen voor de tandheelkundige staf maar geldt zeker voor de medische staf die de toekomstige tandarts wegwijs moet maken in de op de praktijk gerichte medische kennis. En dit alles tegen de medische, universitaire stroming in, waarbij arbeidsinvestering in onderwijs als van tertiair belang wordt beschouwd, na onderzoek en patiëntenbehandeling.

Te vaak werd in het verleden, zeker dit stuk medisch gericht onderwijs voor de tandheelkunde verwaarloosd, uitgaande van het misverstand dat de tandheelkundige student slechts 'een medisch aftreksel' ge-

boden kon worden. Al werd deze opvatting niet met evenveel woorden uitgesproken, zij kwam vrij vaak tot uiting wanneer bleek dat het jongste stafflid als docent voor tandheelkundige studenten functioneerde. De medische docent-nieuwe-stijl vraagt niet alleen om een grote ervaring en kennis van het eigen vakgebied, maar ook dient deze bereid te zijn zich in het tandheelkundige vakgebied met zijn eigen vraagstelling te verdiepen.

Aan de hand van voorafgaande filosofie is een plan opgesteld, dat om praktische redenen in verschillende fasen werd verdeeld, maar waarin de tevoren opgestelde doelstellingen zoveel mogelijk werden gerealiseerd. Deze doelstellingen werden globaal geformuleerd zodat zij als eenheid konden functioneren.

Nadere uitwerking van het onderwijsprogramma

In september 1979 is men aan de Subfaculteit Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam begonnen met de stapsgewijze invoering van een nieuw curriculum. Hierbij werd uitgegaan van een 5-jarige cursus met een nauwkeurig omschreven compacte medische inbreng, voor een belangrijk gedeelte te organiseren en te coördineren vanuit één vakgroep (Woodworth, 1979). Naast intensivering van het bestaande onderwijs kwam thematisch geïntegreerd onderwijs aan de orde. Zo werden de onderdelen pathologische anatomie, algemene ziektekunde en immunologie samengevoegd tot het vak 'Algemene Pathologie', waaraan docenten meewerken uit de vakgroepen Pathologische Anatomie, Inwendige Geneeskunde en Cariologie, Endodontologie en Pedodontologie.

De verschillende onderwerpen worden steeds door de meewerkende vakgebieden besproken en daarna door praktijkvoorbeelden afgerond.

In de latere cursusjaren werken vier of meer vakgroepen aan één thema samen. Dit aandeel in het tandheelkundig onderwijs was in zijn slagen afhankelijk van stimulatie van alle betrokken vakgroepen en een goede coördinatie.

De medische inbreng begint derhalve in het tweede cursusjaar met geïntegreerd onderwijs in de pathofysiologie, pathomorfologie, verlevendigd met voorbeelden vanuit de tandheelkunde. Het betreft hier voornamelijk hoorcolleges, met als doel de hoofdlijnen weer te geven volgens welke ziekteprocessen van somatische aard en hun compensatiemechanismen zich voltrekken. De toets bestaande uit 60 multiple choice-vragen aan het einde van het tweede cursusjaar wordt samengesteld uit de gemeenschappelijke stof, in een 'evenredige verdeling' met één eindcijfer als resultaat.

In het *derde en vierde cursusjaar* werden blokken geneeskunde vastgesteld, opgedeeld in vier semesters. Ieder semester is een eenheid waarbij de deelnemende medische vakgroepen (4 à 5) hun presentatie afsluiten met een gemeenschappelijk thema, waarna toetsing volgt. De vier gekozen thema's werden in overleg met de betrokken vakgroepen en de Commissie voor het Onderwijs van de Subfaculteit Tandheelkunde vastgesteld met instemming van de Subfaculteitsraad. Voorlopig werden daartoe het meest geschikt bevonden:

- zwellingen aan de hals;
- seksueel overdraagbare aandoeningen;
- slijmvliestumoren;
- acuut bewustzijnsverlies.

Aan de thema's werken steeds tenminste vier vakgroepen samen en ook de toetsing vindt gemeenschappelijk plaats. De toetsing vormt steeds de afsluiting van de stof van een heel semester en betreft derhalve, naast de themagegevens, ook stof uit de vakken die afgesloten worden. Het betreft meest in hoofdlijnen essay-vragen soms, afhankelijk van het vakgebied, aangevuld met een mondeling tentamen. De overige klinische colleges in het derde en vierde jaar worden voor een belangrijk deel gehouden aan de hand van beschikbaar patiënten-materiaal en zij hebben - naar inhoud - vaak de vorm van *capita selecta*.

In het *vierde en vijfde cursusjaar* zal naast de nu functionerende 'tandartsenscriptie', tijd beschikbaar komen voor keuze-onderwijs. Studenten die meer geïnformeerd willen worden over wetenschappelijke aspecten van de geneeskundige vakgebieden, kunnen dit in hun keuze-periode aanvullen o.a. door middel van eigen onderzoek.

In het *vijfde cursusjaar* wordt een algemeen practicum, te vergelijken met een junior co-assistentenschap aan de Subfaculteit Geneeskunde gepland. Een dergelijk instituut was aan de Subfaculteit Tandheelkunde onbekend.

De noodzaak van training van elementaire vaardigheden met betrekking tot het onderzoek en de opvang van patiënten bij calamiteiten wordt meer en meer erkend. De vaardigheidstraining zal die onderdelen moeten omvatten die niet specifiek aan een hoorcollege en/of andere vorm van onderwijs verbonden kunnen worden, zoals vaardigheden in het afnemen van een gerichte anamnese, het verrichten van een oriënterend lichamelijk onderzoek (Abraham, 1981) en het verlenen van eerste hulp in emergency-gevallen. Hieronder worden o.a. verstaan anafylactische reacties, acute bewustzijnsvermindering of bewusteloosheid met of zonder intacte pols en ademhaling; acute kortademigheid of pijn op de borst, hyperventilatie-syndroom of epileptiforme manifestaties, kortom alle acute situaties waarbij van de tandarts een stellingname en hulp worden gevraagd die buiten het oorspronkelijke werkteerrein liggen.

De daarvoor benodigde technische handelingen zullen moeten worden onderwezen. Wil men tot een volledige inventarisatie van de vaardigheden geraken die voor een training in aanmerking komen, dan zal men contact op moeten nemen met vertegenwoordigers van de verschillende bij het onderwijs betrokken medische en tandheelkundige vakgroepen.

Er moet eenstemmigheid worden verkregen over hetgeen de student na afloop moet beheersen en over de wijze waarop dit wordt bereikt. Niet alleen zijn hier de onderwijsmiddelen in het geding doch ook puur pragmatische gegevens zoals de gewenste beademingshulpmiddelen en in hoeverre een student de techniek van de venapunctie moet beheersen.

Ook is het noodzakelijk, in verband met het gevaar dat dreigt om tot een 'submedische' opleiding te komen, elk onderdeel van de training te bezien op de relevantie voor de tandarts in opleiding. Dit houdt in dat de door de verschillende disciplines positief beoordeelde 'globale lijst vaardigheden' bekeken zal dienen te worden op prioriteiten en op het niveau waarop deze moeten worden aangeboden. De prioriteiten kunnen gesplitst worden in een drietal nuances: noodzakelijk, wenselijk en vrijblijvend.

Het niveau waarop de handelingen moeten worden aangeleerd kan worden verdeeld in: routine, basisoniveau, kennismaking c.q. demonstratie. Onder routineniveau wordt verstaan: iets vaardig, zelfstandig en correct in tempo te kunnen uitvoeren. Hierbij zal herhaalde oefening noodzakelijk zijn (b.v. reanimatie, Sanger, 1979).

Het basisoniveau zal zelfstandige vaardigheid vragen, volledige en correcte uitvoering echter zonder eisen met betrekking tot tempo (onderzoek van de hals). Onder kennismaking wordt verstaan het gezien hebben van een handeling en het eventueel eenmaal onder leiding verrichten ervan. Het gaat hier dus niet verder dan een eerste confrontatie.

Een dergelijk algemeen-medisch practicum in de vorm van cursorisch onderwijs met zeer arbeidsintensieve begeleiding, waarin deze vaardigheden systematisch worden geoefend, maakt een meer evenwichtig onderwijs in de klinische fase mogelijk en doet het rendement van het medisch-theoretisch onderwijs toenemen. Voor een dergelijk practicum is goede permanente begeleiding van studenten tijdens de activiteiten onontbeerlijk.

Deze cursus mag niet in gevaar worden gebracht door het feit dat hij de vorm krijgt van een onoverzichtelijke, nauwelijks te coördineren, hoeveelheid activiteiten, die versnipperd over een aantal gespreid liggende ruimten, plaatsvinden. Dit houdt in dat niet alleen aan de deelnemers, doch ook aan de behuizing eisen zullen moeten worden gesteld.

Hoewel de tandarts-patiëntrelatie in het onderwijs zo realistisch mogelijk moet worden nagebootst, blijft zeker in de beginfase van het medische practicum de patiënt-sparende modelsituatie het belangrijkste instructiepatroon. De nadruk zal liggen op patiënt-sparende methoden: oefenen op elkaar, of op gesimuleerde patiënten, instructiepoppen, oefenarmen, instructiefilms of videobanden.

Het valt te overwegen of confrontatie moet kunnen plaatsvinden via een one way screen-methode of via video-opnamen. Het voordeel van de eerste methode is dat men tijdens het handelen op- en aanmerkingen, eventueel aanvullingen, bij de benadering kan geven. Het nadeel is dat het bekeken worden (het waarnemen of kijken) een remmend effect heeft op het handelen en dat degene die handelt niet zijn eigen fouten kan waarnemen. Wil men enig inzicht verkrijgen in het functioneren van een dergelijk vaardigheidspracticum dan zal men zeker wat de routinehandelingen betreft moeten besluiten met een toetsingsprocedure, gevolgd door een evaluatie (Vermeer, 1979). De toetsingsprocedure is gericht vanuit de docenten naar de student; de evaluatie biedt de mogelijkheid om eventuele aanvullingen en wijzigingen in de lijn student naar docent in te voeren.

De toetsing zal van praktische aard dienen te zijn aan de hand van reële voorbeelden: zoals in de zin van: 'Uw patiënt anamnestisch bekend met astmatische bronchitis, wordt tijdens uw behandeling toenemend kortademig. Wat dient uw houding tegenover de patiënt te zijn, welke handelingen voert u achtereenvolgens uit en welke medicatie zou u patiënt kunnen geven? Wat doet u met uw voorgenomen behandelingschema en welke weg volgt u verder in de toekomst?'

De plaats van voornoemd practicum zou idealiter vroeg in het curriculum dienen te worden ingebouwd omdat het contact met de patiënt pas een zinvolle leersituatie kan opleveren wanneer de student over voldoende kennis en vaardigheid beschikt, en bovendien zijn eigen houding zodanig beheerst dat een goed contact met de patiënt tot stand kan komen.

De emotioneel beladen situatie van het eerste patiëntencontact is niet de ideale plaats om deze vaardigheden te ontwikkelen. Het gaat om een leersituatie waarin men fouten kan en durft te maken. Herkennen van fysiologische beelden staat bovendien centraal. Het is daarnaast beslist noodzakelijk om ook een beperkt aantal afwijkende beelden aan te bieden ter ondersteuning van een goed inzicht van hetgeen normaal is, ook om dit laatste meer reliëf te geven. In deze vroege fase van het curriculum zal men beperkte en realistische eisen ten aanzien van de medische voorkennis moeten hanteren. Verwijzingen naar theoretische achtergronden zullen weliswaar een rol

spelen bij deze instructie, toch mag de docent er zich niet toe laten verleiden om tot een uitvoerige theoretische uiteenzetting over te gaan. Anderzijds kan men ook besluiten pas over te gaan tot de invoering van het practicum, als de theoretische basis-kennis verwerkt is en dus getoetst is, hetgeen tevens inhoudt dat deze cursus (te) laat in het curriculum zijn plaats kan vinden. Toch is, zoals uit voorgaande blijkt, in de praktijk van de Universiteit van Amsterdam voor deze laatste opzet gekozen.

Het programma dient in al zijn onderdelen zodanig gestructureerd te zijn dat er een opklimmende moeilijkheidsgraad is ingebouwd in een aaneengesloten periode met een vaste arts-instructeur.

Het onderwijs in de sociale vaardigheden dient niet binnen dit kader te worden gegeven, doch als aparte eenheid, teneinde de ongetrainde zijn aandacht niet te laten versplinteren. Zonder dit statistisch te kunnen onderbouwen, zou het goed mogelijk zijn dat dit direct samenhangt met de beroepskeuze. Bij het integreren van gesprekspractica met het voornoemde geneeskundige practicum zou de psychologische problematiek bij de 'zwakker' staande student op eenvoudige wijze afgewenteld kunnen worden op het wederom praktisch bezig zijn. In een afzonderlijk practicum, uitsluitend gericht op sociale vaardigheden, is deze 'uitweg' zeker bij het functioneren in kleine groepen nauwelijks aanwezig.

Na grondig oefenen van de basisvaardigheden gedurende het practicum zal de gelegenheid gegeven moeten worden om deze vaardigheden te leren toepassen in een leersituatie, die de latere beroepssituatie benadert. Uiteindelijk zullen in deze klinische fase 'sociale vaardigheden' en 'medische vaardigheden' in de benadering van de patiënt moeten worden samengevoegd. In deze fase moet er een oefenzaaltje ter beschikking staan met oefenmiddelen en fantomen met de mogelijkheid tot kortdurende herhalingsoefeningen voor studenten in 'verloren' minuten.

Beschouwing

Van een universitaire docent wordt verwacht dat hij kennis overdraagt en bij studenten een kritische, zelfstandige en wetenschappelijke attitude weet op te bouwen, zowel in kennis, vaardigheden, methoden als technieken en wel op een zodanige wijze dat zij na het afsluiten van hun studie deze facetten zelfstandig en zonder hulp kritisch kunnen uitvoeren. Onderwijs is echter een weinig aantrekkelijke zaak om in te investeren aan de Universiteit. In de prekliniek wordt alleen de onderzoeksprestatie erkend en in de kliniek is men meer bereid om de patiëntenzorg voor te laten gaan. Zoals Bouwman (1981) stelt: 'een docent benadeelt zichzelf door veel tijd in het onderwijs te steken'. En dat ter-

wijl in het opleiden van een nieuwe generatie zo'n grote verantwoordelijkheid ligt! Wat de bevoegdheid betreft geldt, dat afgestudeerde tandartsen volgens de wet van 1947 gerechtigd zijn de Tandheelkunde in haar volle omvang uit te oefenen, dat wil zeggen dat alleen de beperking door het eigen geweten wordt opgelegd.

Volgens de wet op de geneesmiddelenvoorziening heeft de tandarts tevens de bevoegdheid geneesmiddelen voor te schrijven, zij het dat deze bevoegdheid beperkt is. Deze beperking bestaat hierin dat de aard van het recept moet samenhangen met de beroepsuitoefening. Het is dan ook niet nodig dat patiënten na een tandheelkundige behandeling wegens pijnklachten hun huisarts lastig vallen. De tandarts kan beter bepalen of analgetica de juiste oplossing vormen of dat aanvullende tandheelkundige behandeling noodzakelijk is (Van der Kwast, 1980).

De huisarts wordt in zijn curriculum te weinig onderwezen op het gebied van mond-aandoeningen om op verantwoorde wijze diagnostisch en therapeutisch te kunnen handelen. Wat ligt nu meer voor de hand dan een samenwerking tussen tandarts en huisarts c.q. specialist.

Een tandarts zal patiënten met petechiën op het slijmvlies van de mond en met een necrotiserende gingivitis ten gevolge van leukemie, respectievelijk met een snel groeiende nodus in de schildklier met verdenking op maligniteit, naar de huisarts verwijzen, ter verdere evaluatie van de basispathologie.

De huisarts zal zijn patiënten stimuleren tot een goede mondhygiëne en, zo er al lacunes in de tandheelkundige behandeling zijn, het contact met een tandarts tot stand brengen. Hoe vanzelfsprekend bovengaande ook klinkt, toch komt het anno 1982 meestal niet verder dan de vaststelling: 'dit gebit is verwaarloosd'. Daarnaast speelt dan ook het afschuifstelsel tussen huisarts, respectievelijk specialist en tandarts vice versa bij preventie geen rol meer, hetgeen tegenwoordig o.a. nog tot uiting komt bij b.v. de bacteriële endocarditis profylaxe. Het gevolg daarvan is dat alle groeperingen zich bewust zijn van de noodzaak tot preventie, doch dat de patiënt tóch tussen de wal en het schip valt. De status van de mond en de algemene gezondheid hangen nauw met elkaar samen. De wederzijdse beïnvloeding wordt algemeen erkend.

Ondanks het feit dat het ideale beeld van de tandarts niemand exact voor ogen staat, lijkt het zinvol te proberen te komen tot een aansluiting aan de geneeskunde. De tandarts als specialist op zijn gebied, ingepast in de gezondheidszorg als totaliteit, zal een goede brugfunctie naar de eerste lijnshulpverlening kunnen vormen.

De voordelen van een opleiding die daarop gericht is nog eens op een rij zettend, ko-

men wij tot de volgende conclusies:

1. In de eerste plaats zal een tandarts in zijn praktijk calamiteiten beter kunnen opvangen.
2. Wil men in de gezondheidszorg meer preventie inbouwen zonder dat dit direct kostenverhogend werkt, dan ligt hier een belangrijk potentieel.
3. De communicatie van tandarts met medici, medische instituten, wijkverpleging, laboratoria, etc. zal verbeteren en daardoor kwaliteitsverhogend kunnen werken.
4. Nieuwe medische ontwikkelingen kunnen eenvoudiger in het nascholingspakket voor de tandarts worden ingebouwd daar men de taal verstaat.
5. Niet als laatste zal ook de research door een nauwer samenwerkingsverband en een stuk gemeenschappelijke basiskennis tot bloei kunnen komen.

Sommigen zullen aanvoeren dat er nimmer behoefte is gevoeld aan meer medische kennis voor tandartsen. Doch anno 1982 kan men het zich toch moeilijk permitteren dat een groot stuk opleiding ongebruikt blijft liggen, terwijl anderzijds de in de patiëntenpopulatie ingebouwde risico's onvoldoende op hun waarde kunnen worden geschat. Aan deze synthese mee te kunnen werken blijkt veel voldoening te geven. Het voortdurend bijschaven van de medische inbreng naar de behoefte van de tandheelkundige opleiding en naar de ontwikkelingen die zich in de eigen research voordoen, vraagt een dynamisch bezig zijn, volgens onderwijsdeskundigen vanzelfsprekend als amateur (Verhoeff, 1980; Buis, 1981). Doch menig gedreven amateur is best bereid opbouwende kritiek van professionelen te verwerken in een goed curriculum tandheelkunde.

Summary:

Title: Medicine in the dental curriculum.

The success of prevention in dental practice will attribute to a rise of the average age of the population, needing complete dental treatment. With the increase of age the number of patients with a medium to high medical risk will become a problem for the dentist. In these cases medical-therapeutic and other treatments will intervene. The dentist also must be capable to prevent calamities while treating patients and to take adequate action.

If more profit is to be gained from the modern medical care, this will have to come from preventive measures. The extraordinary position of the dentist enables him by means of regular controls to additionally accomplish anamnesis and repeated observations. In this way many diseases can be recognised in an early stage. The modern dental education tries to anticipate these future requirements with the introduction of a new curriculum. Practical suggestions concerning the medical education required are given.

Literatuur:

1. *Abraham-Inpijn, L.* (1981): Algemene medische aspecten in de tandheelkundige zorg. Handboek voor de tandheelkundige praktijk. Scheltema & Holkema B.V., Utrecht.
2. *Bouwman, L.* (1981): Persoonlijke mededelingen.
3. *Breemer ter Stege, C. P. C., Vrij, A.* (1980): Versterking door ondersteuning. Medisch Contact 26: 793.
4. *Buis, P.* (1981): De universitaire docent; professional of amateur? Onderzoek van Onderwijs, april: 3-5.
5. *Dworin, A. M.* (1979): A course in physical, clinical and laboratory diagnosis for dental education. J Dent Education 43: 13; 685-687.
6. *Hokwerda, O.* (1979): Association for Dental Education in Europe. Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 424-428.
7. *Kwast, W. A. M. v.d., Waal, I. v.d.* (1980). Commentaren. De samenwerking tussen huisarts en tandarts. Ned T Geneesk 124: 1; 19-22.
8. *Sanger, R. G., Bomberg, T. J., Domer, L. R.* (1979): Training programs in emergency medical services for the dental professions. J Am Dent Assoc 98: 695-700.
9. *Vermeer, E. H.* (1979): Studietijd tweedejaars tandheelkunde Groningen. Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 134-139.
10. *Verhoeff, A.* (1980): Achtergrondinformatie vierde Nationaal Congres, C.B.O.W.O./A.R. Voorburg.
11. *Woodworth, J. V.* (1979): The role and responsibilities of a department of medicine in a school of dentistry. J Am Dent Assoc 98: 903-905.

Februari 1982.

Adres: Dr. L. Abraham-Inpijn,
Eerste Helmersstraat 104,
1054 EG Amsterdam.

BERICHTEN

Verenigingsverslagen en mededelingen

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
ENDODONTOLOGIE

Aankondiging officiële oprichtingsvergadering te Amsterdam d.d. 4 juni 1982

Op vrijdag 4 juni a.s. zal de officiële oprichtingsvergadering plaatsvinden van de *Nederlandse Vereniging voor Endodontologie*, gecombineerd met een wetenschappelijke vergadering. Het totale programma ziet er als volgt uit:

- 13.45-14.15 uur Huishoudelijk gedeelte (alleen toegankelijk voor leden).
14.15 uur Opening wetenschappelijk gedeelte.
14.20-14.45 uur Prof. Dr. Tj. B. Wimersma Greidanus: Pijnbestrijding in de tandheelkunde.
14.50-15.15 uur Drs. M. Hoff: Pijnbeleving in de tandheelkunde.
15.20-15.40 uur Pauze.
15.40-16.00 uur Drs. W. R. Moorer: Bacteriën als oorzaak van pijn in de endodontie.
16.05-16.30 uur Drs. M. Simon: Formocresol, Toxavit en Euparal: zijn ze nog nodig?

De bijeenkomst vindt plaats in het gebouw Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam, Louwesweg 1, Amsterdam-Slotervaart. Het wetenschappelijk gedeelte is ook toegankelijk voor niet-leden van de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie en biedt belangstellenden derhalve nogmaals de gelegenheid kennis te maken met deze nieuwe vereniging.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
PARODONTOLOGIE

Aankondiging najaarsvergadering d.d. 29 en 30 oktober 1982

De najaarsvergadering van de *Nederlandse Vereniging voor Parodontologie* zal plaatsvinden op 29 en 30 oktober 1982 in het congrescentrum 'Koningshof' te Veldhoven.

Onder de titel 'Parodontologisch onderzoek: werk in uitvoering' zal gedurende twee dagen een groot aantal voordrachten worden gehouden voor algemeen-practici en/of geïnteresseerden in het vakgebied der parodontologie over recente ontwikkelingen in de parodontologie. Sprekers zullen zijn de collegae: F. Mikx, T. Pilot, W. Schoo, U. van der Velden, G. Wolffe en S. Nyman.

Een gedetailleerd programma volgt in een volgende aflevering van dit tijdschrift.

Aankondiging voorjaarsvergadering d.d. 11 maart 1983

De voorjaarsvergadering 1983 zal plaatsvinden op 11 maart aan de Universiteit van Amsterdam. Het thema zal dan zijn: 'Regeneratie en nieuwe aanhechting', terwijl S. Nyman (Gothenburg), J. O. Andreasen (Kopenhagen) en A. H. Melcher (Toronto) voordrachten zullen verzorgen.

Voor inlichtingen en aanmelding voor het lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie wende men zich tot de secretaris: J. A. H. Tromp, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen (telefoon 050-11 73 91).

NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MONDHYGIËNISTEN

Samenstelling nieuw bestuur

Het bestuur van de *Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten* heeft zich voor het jaar 1982-1983 als volgt geconstitueerd:

- Mw. R. J. C. M. Jagtman-Smits, voorzitter;
Mw. M. C. J. H. Cornips, vice-voorzitter;
Mw. R. J. M. van den Broek-Roefs, 1e secretaris, Dennensteeg 3, 5481 XE Schijndel;
Mw. H. C. M. Oyen-de Weille, 2e secretaris;
Mw. E. M. van den Hill, penningmeester.

Buitenland

PORTUGAL

Plannen tot uitbreiding van het aantal tandartsen

Terwijl in verscheidene Europese landen tegenwoordig de wenselijkheid wordt overwogen, het aantal opleidingsplaatsen voor de tandheelkunde in te krimpen (in Zweden bijvoorbeeld worden daartoe al stappen ondernomen) streeft men in Portugal juist het tegengestelde na: daar bestaat de behoefte het aantal tandartsen uit te breiden, aldus weet de FDI-Newsletter nr. 122 van maart 1982 te melden.

De situatie is thans zo, dat de sinds 1911 bestaande staatsuniversiteiten te Lissabon en Porto zesjarige opleidingen tot tandarts kennen; gedurende de eerste drie jaar daarvan gaat de studie geheel gelijk op met die in de geneeskunde. Het aantal studenten is echter gering: per jaar worden in Lissabon 16 studenten aangenomen, tegen 60 in Porto. Sinds 1977 staat de tandheelkundige faculteit van Bergen in Noorwegen deze opleidingsinstellingen bij met studiebehoeftigheden, uitwisseling van docenten en onderwijsprogramma's. Tevens is er een zekere samenwerking wat het wetenschappelijk onderzoek betreft. Inmiddels zijn plannen ontworpen voor het bouwen van nieuwe poliklinieken, die maken dat in Lissabon 48 studenten per jaar kunnen worden aangenomen.

Bovendien aanvaardde in augustus 1981 de Vrije Universiteit van Portugal, blijkbaar een tot op zekere hoogte onafhankelijke instelling voor hoger onderwijs, de verantwoordelijkheid, nieuwe opleidingsmogelijkheden in Lissabon en Porto te scheppen. Het zou hier een vijfjarige studie betreffen. De plannen hiertoe, alsook het curriculum, zijn ontworpen met steun van de universiteit te São Paulo in Brazilië.

ENGELAND

Herziening preventieve strategie

In Engeland heeft een van regeringswege inge-