

4. Maatschappelijke verantwoordelijkheid via de taak onderzoek

De betrokkenheid van de subfaculteit tandheelkunde met de samenleving en de wijze waarop de maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt ingevuld zal ook blijken uit de onderzoekstaak.

Bij de organisatie van het onderzoek en de kostenbewaking moet uiteraard de zorgvuldigheid betracht worden die past bij het gebruik van gelden uit de samenleving. Een goede balans tussen de persoonlijke arbeidssatisfactie van de onderzoeker en de produktie van zinvolle resultaten van onderzoek is dan ook vanzelfsprekend, evenals kwaliteitsbewaking. Tot nu toe is echter weinig aandacht besteed aan vragen zoals: Aan welk soort onderzoek heeft de Nederlandse samenleving behoefte? Hoe kan een subfaculteit tandheelkunde hierop inspelen met haar kennis en vaardigheden? Mijn stelling is dat er aan universiteiten (en ook subfaculteiten tandheelkunde) nog te veel universitaire vrijblijvendheid heerst, ook al menen rectores magnifici het tegenovergestelde (Wetenschapsbeleid, 1980). Vooral in de keuze van onderzoeksonderwerpen komt de maatschappelijke verantwoordelijkheid van een subfaculteit tot uiting. Richt zij zich bijvoorbeeld vooral op technisch-curatief terrein of heeft de gezondheidszorg haar aandacht?

Nog enkele aspecten verdienen hierbij de aandacht.

– Er moet een wisselwerking bestaan tus-

sen resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de opleiding tot tandarts. Dit onderwerp werd reeds op een andere plaats besproken (Pilot, 1980).

– Onderzoekers zijn bezig in het grensgebied van weten en kunnen. Dat grensgebied is interessant, daar is de actie en de uitdaging! Echter, vele onderzoekers hebben de neiging niet meer om te kijken naar de eenmaal verkregen resultaten. Zij bekommeren zich er niet om of de uitkomsten wel op grote schaal in de samenleving (kunnen) worden toegepast. Het lijkt er soms op dat de resultaten verborgen moeten blijven: weinig publikaties, die moeilijk toegankelijk en slecht leesbaar zijn; dat is vast niet de bedoeling!

Maar wie anders dan de onderzoeker moet het initiatief nemen om de resultaten bekend te maken in een grotere kring van werkers in de gezondheidszorg en wellicht ook voor het publiek? (Brudevold, 1979; Loe, 1979.)

De maatschappelijke verantwoordelijkheid van een subfaculteit tandheelkunde komt tot uiting in de keuze van de onderwerpen van onderzoek, de wisselwerking die daarbij bestaat met het onderwijs en de toegankelijkheid van onderzoeksresultaten.

Summary:

Title: Social responsibility.

The responsibility of a school of dentistry to-

wards society can be described as: to be aware that there are possibilities to have an impact on society and to feel responsible to use these influences in a positive way.

This responsibility lies primarily in the two major tasks: education and research.

Through the education of the dental student there is a strong impact on the dental profession in the future.

Through the choice of the research topics a dental school will have an impact on the future changes in dentistry.

Literatuur:

1. Brudevold, F. (1979): Guest editorial. J Dent Res 58: spec. issue D: 2138.
2. Loe, H. (1979): Scientific revolutions in dentistry. J Dent Res 58: spec. issue D: 2164-2168.
3. Pilot, T. (1980): De wisselwerking tussen resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de opleiding tot tandarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 87: 265-266.
4. Schaub, R. M. H. (1980): Een beschouwing over het begrip gezondheid: I. Opmattingen over gezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 87: 332-336.
5. Wetenschapsbeleid 2e jaargang, no. 10. December 1980. Pp. 15-16.

Oktober 1981.

Adres: Prof. Dr. T. Pilot,
Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

DE PATIËNT, CENTRUM VAN EEN TANDHEELKUNDIGE GEZONDHEIDSZORG

M. CHRISTIAENS

Uit de afdeling Ethiek i.v.m. de Geneeskunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Onderwijs – Samenleving – Professie

In de aanvangsregels van de Codex voor Beroepsethiek wordt uitdrukkelijk onderstreept dat de beroepsethiek van de tandarts niet mag worden losgemaakt uit het bredere samenlevingsverband. Daar het aanvoelen van waarden in snelle ontwikkeling is en onze samenleving er zich geregeld van bewust wordt dat de belangen van bepaalde individuen en groepen onvoldoende of helemaal niet tot hun recht komen, zullen ook de gedragsnormen van de tandartsen voortdurend evolueren.

Wat is de zin van zulke gedragsnormen?

Geen andere dan dat men het tandheelkundig handelen in goede banen wil leiden. In wezen gaat het niet om deze normen, maar om belangen, waarden en de hiërarchie van waarden die een tandarts in zijn doen en laten te respecteren heeft. De betekenis van de normen ligt dus in hun bemiddelingsfunctie.

Ethiek i.v.m. tandheelkunde

Ethiek is een wetenschap die kritisch nadenkt over waarden en normen, zowel

Samenvatting:

De 'Ethiek i.v.m. de Tandheelkunde' stelt de mens in zijn totaliteit centraal. Hoe de tandheelkundige hulp hieraan haar bijdrage kan leveren, is een vraag van tweede orde. Enige consequenties van deze benadering worden uitgewerkt (a) voor de concrete tandarts-patiëntrelatie, met analyse van wederzijdse plichten, (b) voor het beleid van de tandheelkundige gezondheidszorg, inclusief de gezondheidsopvoeding en (c) voor de opleiding en attitudevorming van toekomstige tandartsen.

over die welke in onze samenleving algemeen geaccepteerd zijn, alswel over de nieuwe die zich aandienen. Daarover

sprekt de ethiek een oordeel uit: zij evalueert, argumenteert, kritiseert, gaat na of het niet beter anders zou kunnen en hoe dit betere het best kan worden gerealiseerd. Dit normatieve spreken hangt niet in de lucht: het gaat daarbij steeds om een concretisering van deze basisvraag: doet een norm ten volle recht aan datgene wat voor een mens en voor het samenleven van mensen waardevol is. Een juiste norm staat dus in dienst van het geluk, van het heil, van de steeds verdere ontplooiing van de mens, die zichzelf – én met de hulp van anderen – moet realiseren, die moet worden wat hij is. Het voortdurend samenspel van wisselende omstandigheden, van wetenschappelijke vooruitgang, van maatschappelijke reorganisatie en van nieuwe inzichten omtrent wat menswaardig is, zijn de bouwstenen van de ethische reflectie, die – uit de aard van de bouwstenen – zonder eind is.

De wijze waarop wetenschappelijk kennen en kunnen ethisch verantwoord worden aangewend in het voordeel van de mens, werd vroeger 'kunst' genoemd. De wat archaisch aandoende term 'tandheelkunst' treffen we nog aan in de tandartseneed. Vrij recent heeft men het eerder over 'ethiek i.v.m. de tandheelkunde'. Beide begrippen, hoewel inhoudelijk zeker verwant, zijn geen synoniemen.

Tandheelkunde is een *sectoriële* ethiek: een ethische reflectie binnen de grenzen van de tandheelkundige mogelijkheden: men wil eerst weten wat deze discipline vermag, vooraleer men zich gaat afvragen hoe dit kennen en kunnen zo goed mogelijk dienstbaar kan worden gemaakt aan de patiënt met bijvoorbeeld een zieke kies.

De ethiek i.v.m. de tandheelkunde daarentegen wil een *globale* ethiek zijn. Haar interesse gaat primair uit naar het promoveren van het heil van de mens in zijn totaliteit, de mens als somatisch-psychisch-sociaal wezen. De reflectie over de wijze waarop de tandheelkundige invalshoek hieraan de meest zinvolle bijdrage kan leveren, komt op de tweede plaats.

De vraag naar het doel en de vraag naar de middelen staan dus in een andere volgorde. De tandheelkunde wilde eerst weten welke middelen er ter beschikking stonden en vroeg zich vervolgens af 'wat wil ik ermee?'. De ethiek i.v.m. de tandheelkunde stelt het doel voorop en gaat dan na hoe deze doelstelling het best kan worden gerealiseerd met de beschikbare middelen.

Hier is meer aan de hand dan enkel een accentverschuiving. Het nieuwe ethische perspectief biedt meer mogelijkheden en doet in sterke mate beroep op de ethische creativiteit. Zo kan bijvoorbeeld blijken dat de bijdrage van adequaat tandheelkundig handelen aan het persoonlijk of maatschappelijk welzijn veel ruimer is dan het voorkomen of genezen van fysisch lijden; anderzijds kan blijken dat het welzijn soms

meer gebaat is wanneer tandheelkundige zorg nauwer zou samenwerken met andere vormen van hulpverlening.

Deze bijdrage wil een poging zijn om de consequenties van deze nieuwe benaderingswijze enigermate te concretiseren.

Tandheelkunde in crisis

Een ethicus moet allereerst zijn oor te luisteren leggen bij de tandartsen zelf. Ik geef onmiddellijk toe dat willekeurige contacten nooit representatief kunnen zijn voor alle leden van de professie en dat een daarop gebaseerde typologie geen enkele wetenschappelijke pretentie heeft. Toch wil ik, heel schematisch, een paar indrukken verwoorden over beroepsbeleving en arbeidssatisfactie*).

Neem een doorsnee tandarts met een tiental jaren ervaring in een behoorlijk lopende praktijk. Er is een grote kans dat hij – noodzakelijke nuances terzijde geschoven – tot een van deze types behoort:

- Een man tevreden met zijn beroep, niet zozeer omdat het werk zelf hem bevrediging verschaft, maar omdat het hem in staat stelt er een zekere welstand op na te houden. Zo'n motivatie is heel klassiek, men treft ze aan in heel brede lagen van de werkende bevolking: enquêtes leren ons dat 'loonvreugde' een van de belangrijkste factoren is van arbeidssatisfactie.
- Het tweede type vindt dat hij zijn behoefte aan creativiteit en inventiviteit voldoende kan uitleven in zijn beroep van tandarts. Hij houdt wat vakliteratuur bij, scherpt zijn vaardigheden aan, probeert af en toe eens een nieuwe techniek uit en vindt een wat misvormd gebit telkens opnieuw een uitdaging. Een goede bron van inkomsten is meegenomen, maar het is vooral het werk zelf dat hem bevalt.
- Nummer drie laat een heel ander geluid horen. Veel technische vreugde is er aan zijn ziekenfondspatiënten niet te beleven: daar is het vooral routinewerk geblazen in korte, oppervlakkige contacten met patiënten. Lopende bandwerk bijna. Bij zijn particuliere patiënten ligt het wel wat anders. Maar voor dat soort technische zelfbevrediging is hij geen tandarts geworden. Hij wilde mensen helpen. 'Mijn dagdromen gingen in de eerste plaats de sociale kant

op. Maar aan echte gezondheidszorg kom je nauwelijks toe: stukwerk wordt van je gevraagd, vullen tegen de bierkaai; geen mensen helpen maar technische problemen oplossen en je haasten om de volgende te woord te staan.' Echte contacten met collegae zijn schaars. 'Verschillende golfengte', noemt hij het en laat ook het woord 'bedrijfsblindheid' vallen. Hij prijst hen die in een groepspraktijk werken gelukkig omdat het daar misschien wat anders ligt.

Zulke reacties roepen vragen op bij de geïnteresseerde leek. Wat komt er in praktijk terecht van de 'dienende taak van de tandarts' waarover de Codex op zijn eerste pagina spreekt? Vanwaar die onvrede met hun bijdrage tot de (tandheelkundige) gezondheidszorg? De tevredenheid van de eerste twee ontkracht dit niet, want hun arbeidsmotivatie zoeken zij op een ander vlak.

Een wat oudere collega zei me dat het idealisme waarmee een pas afgestudeerde van start gaat, na een paar jaar bijna altijd beneden het nulpunt zit. Men blijft dan de volgende dertig jaar 'vakman' of – maar hij betwijfelt sterk dat de meerderheid daarin slaagt – men worstelt zich uit teleurstelling en depressie door het over een andere boeg te gooien. Geen vulling of extractie omdat je het in het boekje zo geleerd hebt, maar je luistert naar wat de patiënt, verbaal en vooral non-verbaal, te zeggen heeft.

Een pleidooi om de tandartsenpraktijk op te bouwen vanuit de leefsituatie en belevingswereld van de patiënt, om de verantwoordelijkheid voor een medische behandeling zoveel als mogelijk aan de patiënt te laten, botst meestal op weinig tegenspel, zolang het bij theoretische beschouwingen blijft. De ethiek i.v.m. de tandheelkunde mag zich echter niet beperken tot negatieve kritiek, maar is aan zichzelf verplicht te proberen ook een constructieve bijdrage te leveren. Mooie woorden over menswaardigheid zijn niet voldoende: steeds opnieuw moet worden nagegaan op welke wijze menselijk welzijn in concreto kan worden gerealiseerd. Het is duidelijk dat een ethicus niet in staat is nieuwe wegen tot in de details in kaart te brengen; dit kan slechts in overleg met alle direct betrokkenen. Maar ik wil toch – zij het wat onbeholpen – een paar stappen op het gladde ijs wagen en trachten aansluiting te vinden bij de dagelijkse tandartsenpraktijk, bij opties voor tandheelkundig beleid en bij de huidige opleiding van toekomstige tandartsen. Mijn opmerkingen hebben beslist niet het gewicht van concrete ethische normen: ze willen slechts eye-openers zijn. Een schuchtere poging om materiaal aan te dragen voor verdere kritische reflectie. Dit op glad ijs wagen wordt derhalve gedragen door de hoop dat de uitgestoken hand zal

*1) Voor deze paragraaf werd inspiratie gevonden in de colleges van Drs. K. C. M. Linskens, Subfaculteit der Tandheelkunde (K.U. Nijmegen).

worden aangegrepen, dat een interdisciplinaire dialoog over een tandheelkundige gezondheidszorg die de mens beter kan dienen op gang kan komen.

De patiënt centraal

1. Een patiënt is meer dan een zieke kies

Op het spreekuur dient zich een dame aan voor een halfjaarlijks controle-onderzoek. Ze is iets ouder dan 40 jaar, flink voorkomen, niet overdadig maar smaakvol gekleed. Ze is gescheiden en haar enige zoon is een paar maanden geleden naar Leiden verhuisd om er psychologie te gaan studeren. De tandarts vertelt haar dat er niets ernstigs aan de hand is: een oude vulling is verdwenen en het is twijfelachtig of de kies nog te redden is. De kies is van weinig nut want de tegenoverliggende werd een twintig jaar geleden al getrokken, overigens de enige tand die ze mist.

Hij stelt een extractie voor. De vrouw knikt even, maar haar gezicht krijgt een krampachtige trek. Of ze bang is? De vrouw ontkent. De arts kantelt de stoel rechtop en gaat er zelf bij zitten. Eerst komt er weinig reactie op zijn vraag waarom ze zenuwachtig is, maar na even aandringen begint ze te snikken. Om een lang verhaal kort te maken: het verlies van deze tand is voor haar de eerste manifestatie van lichamelijke aftakeling. Ze is bang geleidelijk haar vrienden te verliezen. Het spookbeeld van de oude eenzame vrouw duikt op.

De eerste grondregel van een mensvriendelijke tandheelkunde luidt: *Een patiënt is meer dan zijn zieke kies*. Maar de medische technologie helpt op geen enkele wijze om achter dit elementair inzicht te komen. De arts moet een actieve luisterbereidheid aan durven te bieden om zicht te kunnen krijgen op de mens achter de kwaal. De juiste therapie moet heel de mens ten goede komen.

2. De ziekte situeren in de levenscontext van de patiënt

Hij ziet er flink uit voor zijn 84 lentes. Snor gekruld, een rode borrelneus en nog ondeugend tintelende oogjes. Kaarsrecht stapt hij de kamer binnen. Bovenaan links heeft hij af en toe een wat doffe pijn. De kwaliteit van zijn mond is omgekeerd evenredig met de kwaliteit van zijn flink voorkomen. Hier en daar is er misschien nog iets aan te doen, maar de rest . . . De man wordt kwaad en dreigt ermee naar een andere tandarts te gaan, 'die er meer verstand van heeft, want mijn tanden zijn nog goed'. Hij wil zijn tanden beslist niet kwijt. Het is zijn trots. Hij is de enige van de afdeling in het bejaardenoord die nog zijn eigen tanden heeft. Hij wil geen sukkelaar zijn zoals die anderen, voor wie de zuster's middags het vlees moet snijden!

De mens als somatisch-psychisch-sociale eenheid. Soms plots en onverwacht confronteert de praktijk met het innig verweten-zijn van deze dimensies en blijkt dat een onbeduidende lichamelijke ingreep het innerlijk dynamisch evenwicht kan verstoren. Voor deze heer betekenen tanden veel meer dan louter kauworgaan, zij zijn een bepalende factor van zijn imago; zijn persoonlijke identiteit staat op het spel. Gezondheid kun je omschrijven als harmonie van dit geheel. Om te kunnen helpen moet je weten hoe de ziekte deze harmonie aantast. Zo bekeken is *een ziekte niet te isoleren uit de hoogst individuele levenscontext van de patiënt*. Mijns inziens gaat de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), in haar discussienota *Kiezen en delen* (1980), van een inadequate mensvisie uit wanneer zij de gebitsgezondheid wil meten en beoordelen volgens objectieve maatstaven. Niet omdat, zoals wordt beweerd, tandartsen geen uniforme maatstaven hanteren, maar omdat de toestand van een zieke patiënt nu eenmaal niet objectieverbaar is. Mochten de ziekenfondsen hun zin krijgen en strakke controles op de gebitsgezondheid invoeren, dan maakt deze flinke oude man geen kans op een gezond-gebit-bewijs wegens een leven lang verwaarloosde mondhygiëne en tandbederf, ook niet op gratis kronen, bruggen e.d. mochten deze echt nodig zijn.

De tandarts, die deze man met wat eenvoudig oplapwerk naar huis laat gaan, heeft humaan gehandeld. Hij geeft zijn patiënt de kans om, gedurende de weinige jaren die hem nog gegeven zijn, te genieten van zijn eigen tanden – weliswaar in slechte staat – waardoor hij zich meerderwaardig voelt tegenover zijn huisgenoten. En dat is hem van harte gegend.

3. Het recht van de patiënt op mondigheid

Dat de VNZ de medeverantwoordelijkheid van de patiënt tot hoeksteen van haar vernieuwingsvoorstellen wil maken is in principe een lofwaardig uitgangspunt. Belangrijk echter is de vraag welke lading deze 'medeverantwoordelijkheid' dekt en op welke wijze deze structureel wordt ingebouwd.

Ook al is de scheidingslijn tussen beide niet altijd even duidelijk, toch lijkt het klassieke onderscheid tussen de preventieve en de curatieve tandheelkunde een bruikbaar vertrekpunt. Heeft het begrip 'medeverantwoordelijkheid van de patiënt' in elk van beide vormen van gezondheidszorg een zelfde inhoud? Dit is niet zonder meer duidelijk. Slechts een nader onderzoek kan uitsluitsel geven.

In de curatieve zorg is het helemaal geen zeldzaamheid dat een patiënt bij voorbaat zijn medeverantwoordelijkheid uit handen geeft: 'U weet wat voor mij het beste is,

dokter'. Mag de tandarts deze hem toegepaste vrijheid van handelen zonder meer aanvaarden?

a. Adequate hulp

In het algemeen kan men stellen dat elke mens verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zijn leven, zowel voor de positieve uitbouw als voor de wijze waarop hij omgaat met de problemen die zijn persoonsontplooiing bedreigen. Voor de meeste moeilijkheden kan hijzelf een oplossing vinden; andere zijn niet uit de weg te ruimen zodat hij moet proberen ze op een creatieve manier in zijn leven te integreren; tenslotte zijn er problemen die slechts kunnen worden opgelost dank zij gespecialiseerde hulp van derden. Gezondheid is zo'n kwaliteit van het leven waarvoor elk een zelf verantwoordelijk is. Ziekte is een voorbeeld van een verwikkeling die de persoonsontplooiing kan bedreigen. Om deze bedreiging af te wenden is veelal hulp noodzakelijk, van een (tand)arts bijvoorbeeld.

Iemand helpen betekent dus de harmonische ontplooiing van die andere bevorderen. Anders gezegd, helpen is een stukje territorium van de andere betreden opdat die andere opnieuw over al zijn mogelijkheden zou kunnen beschikken en er opnieuw de volle verantwoordelijkheid voor kan dragen. De hulpverlener mag dat stukje territorium niet isoleren en 'herstellen' naar eigen goeddunken. Hij moet het 'onderdeel' zó herstellen dat het opnieuw harmonieert in het geheel. Adequaat helpen mag derhalve niet zonder meer gelijkgesteld worden met 'technisch kundig' handelen. Het moet veeleer gezien worden als een herstellen van de mogelijkhedenvoorwaarden zodat de hulpvrager opnieuw de verantwoordelijkheid over zijn eigen leven zou kunnen opnemen. Het kardinale punt van adequaat helpen ligt dus bij de teruggave van de autonomie aan de hulpvrager.

Tegen deze achtergrond kan het helpend aandeel van hulpvrager en hulpverlener omschreven worden. Van de hulpverlener mag verwacht worden dat hij zijn professionele kennis beschikbaar stelt om het slecht functionerend onderdeel naar beste vermogen te herstellen. Van de hulpvrager mag verwacht worden dat hij zicht heeft op het geheel en dus ook op plaats en betekenis van het deel binnen dit geheel, binnen zijn leven(visie). Beiden hebben dus een eigen competentie en bijgevolg een specifieke verantwoordelijkheid. Een adequaat herstel is vrucht van samenwerking tussen beiden. De hulpverlener mag nooit verantwoordelijkheid op zich laden waarvoor hij niet bekwaam is. Weet de hulpvrager niet wat hij met zijn inbreng aan moet, dan zal hij hierin begeleid moeten worden. Schrikt hij er voor terug, dan zal hij worden gestimuleerd om zijn recht op inspraak uit te oefenen.

b. Adequate medische hulp

Hoe kan je deze ietwat abstracte redenering vertalen naar de concrete tandarts-patiëntrelatie toe?

Dat een patiënt ervoor terugschrikt om zijn specifieke verantwoordelijkheid op te nemen, is vaak een reëel probleem. Pijn, lijden, je aangetast voelen in een van de meest fundamentele levensgebieden met name de gezondheid, en er zelf niets aan kunnen doen, roept vaak intense onmachtgevoelens op. Tegenhanger hiervan is het blind vertrouwen in het 'almachtig' weten en kunnen van de gespecialiseerde hulpverlener.

Kennis is macht. Beschikken over het efficiënte hulpinstrumentarium is macht. Beschikken over de bevoegdheid om die hulpmiddelen waar nodig aan te wenden is macht. De stap naar een almachtshouding is dan niet groot meer en nog verleidelijk ook wanneer de hulpvrager zich geneigd toont alle verantwoordelijkheid, inclusief zijn recht op medeverantwoordelijkheid, aan de hulpverlener over te dragen. Een professioneel hulpverlener, die adequaat wil helpen, mag dit aanbod niet aanvaarden.

Wat mag er van een tandarts dan wel verwacht worden?

Allereerst een grondige diagnose, goede informatie – op begripsniveau van de patiënt – over wat er aan de hand is, over de verschillende alternatieven inzake mogelijke behandeling met hun respectievelijke consequenties (en dus niet alleen over het behandelingsplan dat – om medisch-technische, administratieve, financiële of andere redenen*) – de voorkeur van de tandarts wegdraagt, gevolgd door: 'Wat denkt u ervan? Bent u het er mee eens?'). De tandarts zal duidelijk moeten maken dat hij aan de patiënt slechts voorstellen ter beoordeling voorlegt. Op die manier geeft hij een eventueel opgedrongen almachtshouding uit handen en maakt hij de patiënt tot gesprekspartner. Het is beslist niet uitgesloten dat dit niet voldoende is. De patiënt wil hoe dan ook geholpen worden en vreest misschien, terecht of ten onrechte, de welwillendheid van de hulpverlener te verspeelen wanneer hij de voorstellen van de tandarts van kritische kanttekeningen voorziet. De tandarts is dan genooddaakt door het intensiveren van de vertrouwensrelatie deze weerstand af te bouwen en door stimulerend vragen de patiënt uit te nodigen toch gebruik te maken van zijn recht op mondigheid. De patiënt moet immers na-

gaan welke ingreep, met de erbij horende consequenties, de harmonisering van zijn somatisch-psychisch-sociaal persoon-zijn het meest bevordert. De eerder aangehaalde casussen illustreren dat deze achtergrondinformatie, waarover alleen de patiënt beschikt, onmisbaar is voor humane hulp. Slechts uit het samenwerkingsverband tussen arts en patiënt, elk met zijn eigen deskundigheid, kan de adequate beslissing groeien omtrent de te volgen therapie.

Over dit recht op mondigheid van de patiënt en over de structurele invoeging ervan in de curatieve tandheelkundige gezondheidszorg wordt in de recente discussienota van de VNZ met geen woord gerept.***) Als hij de drempel van de behandelkamer heeft overschreden is de patiënt dus overgeleverd aan de inzichten van de tandarts. Een situatie, die niet zonder gevaar is. Zeker wanneer ik lees dat een der basisoverwegingen die de VNZ ertoe gebracht hebben 'om de tandheelkundige voorzieningen voor ziekenfondsverzekerden in ons land in nieuwe banen te leiden' luidt: 'Onder de hulpverleners begint de roep luider te worden om uitgebreidere behandelingsmogelijkheden, die tegemoet komen aan hun technische vaardigheden, zoals die in de opleiding worden bijgebracht.'****) Als de technische bevrediging van de tandarts hoog op de prioriteitenlijst staat, dan blijft er weinig ruimte over voor de rechtmatige belangen van de patiënt. De beste zorgen dreigen te gaan naar de verzekeren die er de minste behoefte aan hebben, de bezitters van een gezond-gebitbewijs. De anderen zijn verzekerd van kosteloze . . . eerste hulp.

4. De gezondheidsplicht van de patiënt

'De zelfwerkzaamheid van de patiënt is zo belangrijk, dat het nodig is hem of haar hiertoe te verplichten, wil de zorgverlening optimaal kunnen functioneren. Het begrip gebitsgezondheid moet dan ook centraal staan en het zijn zowel de patiënt als de tandarts die hiervoor verantwoordelijk zijn' (blz. 14). Aan deze kerngedachte van de VNZ-nota wil ik enkele overwegingen verbinden omtrent de medeverantwoordelijkheid van de patiënt in de preventieve

tandheelkundige gezondheidszorg.

En voor de patiënt én voor de tandarts moet het begrip 'gebitsgezondheid' centraal staan.

De verzekerde, die geen gezond-gebitbewijs kan voorleggen, zal diep in zijn portemonnee moeten tasten indien hij meer tandheelkundige hulp wenst dan enkel maar eerste hulp of prothese. Financiële sanctiëring is altijd een efficiënt pressiemiddel. Maar als én de patiënt én de arts verantwoordelijk is voor de gebitsgezondheid, waarom wordt slechts één van beiden gedwongen tot zelfwerkzaamheid? Is de medewerking van alle tandartsen zo vanzelfsprekend? Neen, want de VNZ stelt vast dat 'vele tandartsen de lust is vergaan om de integrale tandheelkunde, inclusief de preventie, toe te passen'. Eenzijdige druk is niet te billijken. Moet er dus gepleit worden voor (financiële) druk ook op de tandartsen opdat zij hun verantwoordelijkheid inzake preventieve gezondheidszorg zouden nakomen? Zinvoller lijkt me de vraag of sanctiëring wel een goed middel is om tot deze zelfwerkzaamheid aan te zetten.

Als het waar is dat in onze verzorgingsstaat elke burger het recht heeft op goede en betaalbare gezondheidszorg, dan is het evenzeer waar dat hij ook de plicht heeft om elk nodeloos beroep op deze gezondheidszorg te vermijden. Uitgangspunt voor deze bewering is dat elke medeverantwoordelijk is voor de kosten van de gezondheidszorg. Zorg dragen voor eigen gezondheid, ook *gebitsgezondheid*, is plicht. Deze plicht is een sociale plicht: met gemeenschapsgelden moet zorgzaam worden omgesprongen. Deze ethische stelling is algemeen geldig, onafhankelijk van het al of niet bestaan van een economische crisis. Het is opvallend dat in een tijd van beperkte financiële mogelijkheden dié ethische argumenten op de voorgrond treden, die als 'nevenverschijnsel' een bezuinigend effect hebben. Het roept vragen op wanneer de overheid of andere publieke instanties deze (financieel rendabele) ethische plicht gaan afdwingen. De kans is groot dat hier een ethisch onzindelijke redenering wordt aangehouden. Bezuinigen is in bepaalde omstandigheden noodzakelijk. Maar dit moet gebeuren op basis van een prioriteitenstelling, die voor het publieke forum met deugdelijke argumenten moet worden ondersteund. Wil men besparen in de sector van de gezondheidszorg, dan moet men kunnen aantonen dat er, binnen het kader van de beschikbare middelen, andere noden voorrang hebben. Er is – als er aanleiding toe is – geen bezwaar tegen dat iemand gewezen wordt op zijn plicht om voor zijn persoonlijke gezondheid te zorgen. Het individu echter verplichten tot deze plicht, is het reinste paternalisme. Wanneer dit afdwingen ingegeven is om de

**) Ook de *Codex voor Beroepsethiek* onthoudt de patiënt dit recht op mondigheid wanneer hij schrijft (blz. 4): 'De tandarts blijft echter verantwoordelijk voor de te volgen therapie.' Ethisch heel wat beter verdedigbaar lijkt de formulering: 'De patiënt draagt de eindverantwoordelijkheid voor de beslissing welke therapie hij/zij ondergaat; de tandarts draagt de eindverantwoordelijkheid voor de beslissing welke therapie hij/zij uitvoert, én voor de kwaliteit van de uitvoering.'

***)) Uit het 'Voorwoord' van *Kiezen en delen*, blz. 5.

*) Dat hiermee geen loze veronderstellingen worden geuit moge blijken uit een citaat uit *Kiezen en delen* (blz. 15): 'Evenzeer staat het vast dat door het honoreringssysteem en de administratieve belasting vele tandartsen de lust is vergaan om de integrale tandheelkunde, inclusief de preventie, toe te passen.'

kosten van de gezondheidszorg binnen betaalbare perken te houden dan maakt men misbruik van het ethisch bewustzijn van de (potentiële) patiënt.

Vaak wenden tandartsen en voorlichtingscampagnes een andere tactiek aan om de preventieve zelfwerkzaamheid te stimuleren. Zij proberen de patiënten tot veelvuldig en grondig tanden poetsen aan te sporen en geregeld tandartsenbezoek te bevorderen door de nalatigen te bedreigen met veelvuldige cariës, verschrikkelijke tandpijn op de meest ongelegen ogenblikken en het spookbeeld van een kunstgebit op jonge leeftijd. Bedreiging is echter een slechte opvoeder; óf de patiënt vlucht vol angst onder de beschuttende vleugels van de tandartsautoriteit, wat de gewraakte afhankelijkheidsgevoelens nog versterkt; óf hij verwaarloost, ondanks alle waarschuwingen, toch zijn gebit en worden er schaamte- en schuldgevoelens opgeroepen, wat de drempel naar de behandelingskamer nog verhoogt: 'Als ik nú ga, krijg ik beslist een uitbrander', en het bezoek wordt op de lange baan geschoven. In sommige sectoren van de gezondheidszorg – ik noem hier met waardering het Voorlichtingsbureau voor de Voeding – heeft men reeds begrepen dat het niet langs deze weg moet.*)

De enige manier om iemand echt te motiveren is een positieve gezondheidsopvoeding. Als de tandarts werkelijk hulpverlener wil zijn, een dienende taak heeft zoals de Codex het noemt, dan zal hij willen inspelen op de positieve mogelijkheden van de patiënt.

Ik sprak reeds eerder over de plicht van de patiënt om voor zijn eigen gezondheid te zorgen. Deze sociale plicht vloeit niet enkel voort uit het feit dat wij onze samenleving leefbaar willen houden, maar sluit ook aan bij ons diep ingeworteld verlangen om gezond te zijn en te blijven. Dit verlangen is het duidelijkst herkenbaar in zijn negatieve vorm: de afkeer en/of angst van pijn, lijden en ziekte. De positieve inzet voor onze gezondheid is bij zeer velen onderontwikkeld en ondervindt scherpe concurrentie van onze leef-, eet- en werkstijl, die ook

hun prettige en waardevolle kanten hebben. Op die manier geraakt de wil om gezond te leven wel eens in de verdrukking. Elke mens beschikt over een 'innerlijke dokter', een innerlijke bewaker van het persoonlijke welzijn. Maar vaak gaat het om een sluimerende aanwezigheid. Een mensvriendelijke gezondheidszorg rekent zich tot taak dit vermogen in elke mens te wekken en te stimuleren. De gezondheidsplicht van de patiënt moet begeleid worden. Hier ligt de attitudevormende opdracht van een positieve gezondheidsopvoeding. Arts én 'innerlijke dokter' moeten samen functioneren als 'gezondheidsteam' van de patiënt (Remen, 1976). Mocht een vernieuwing van de tandheelkundige gezondheidszorg resoluut en consequent voor dit samenwerkingsverband tussen tandarts en patiënt willen kiezen, dan zou men wel eens kunnen uitkomen bij de meest ingrijpende vernieuwing sinds de tandheelkunde van kwakzalverij tot medische wetenschap is geworden.

Gezondheidsopvoeding

De lezer verwacht van mij beslist geen uitgewerkte blauwdruk voor een vernieuwing van de tandheelkundige gezondheidszorg. Ik beperk me derhalve tot enkele losse suggesties en vragen, en knoop daaraan een aantal opmerkingen vast over de opleiding van toekomstige tandartsen.

– In het huidige verstrekkingenpakket voor ziekenfondspatiënten zijn een aantal dure behandelingen niet opgenomen. Of deze behandelingen zijn in bepaalde omstandigheden noodzakelijk, en dan plegen we slechts goede tandheelkunde voor hen die het kunnen betalen. Of ze zijn niet noodzakelijk en dan bedrijven we luxetandheelkunde voor particuliere patiënten.

– In zijn openingsrede op het ledencongres 1980 van de KNMG stelde de toenmalige voorzitter Lubbers (1980) vast dat de gezondheidszorg tussen arm en rijk zeer ongelijk verdeeld is in dit land. Hoe lager de sociale klassen, hoe sterker de gezondheid is bedreigd; hoe lager de sociale klassen, hoe minder de gezondheidsvoorzieningen hen bereiken. Uit studies blijkt dat het probleem niet verholpen wordt door herstructurering: de invoering van de nationale gezondheidszorg in Engeland is vooral de middenklasse ten goede gekomen maar heeft het verschil tussen hogere en lagere klassen onveranderd gelaten. Lubbers stelt ook vast dat het huidige, nog altijd sterke accent op groeiende medische kennis en kunde – hoe noodzakelijk ook – tegelijk tot gevolg heeft dat wat 'goede gezondheidszorg' heet, voor de armsten steeds moeilijker bereikbaar is. Het zou me verwonderen mocht hetzelfde zich niet

voor de tandheelkunde aftekenen. Een beleid mag zich dus niet eenzijdig richten op kwaliteitsverhoging van de technische middelen, wat misschien kan worden opgevat als een impliciete kritiek op de voorstellen van de VNZ.

Het heil vloeit dus niet automatisch voort uit structuurhervormingen; en ook de wetenschappelijke vooruitgang op zich zal aan deze maatschappelijke ongelijkheid niets fundamenteels veranderen. Ik ben ervan overtuigd dat de oplossing slechts van de basis kan komen, met name van een groeiende gezondheidsverantwoordelijkheid bij de (potentiële) patiënt. Maar deze ontwikkeling zal op gang moeten worden gebracht door een gezondheidsopvoeding, waarvoor het initiatief van de gezondheidswerkers moet uitgaan.

– Uit een vergelijking met de tandheelkundige situatie in sommige ons omringende landen komt Nederland niet zo slecht te voorschijn. De preventieve tandheelkunde slaagt erin de klimmende curve van cariës bij jongeren af te remmen en stilaan begint het grote publiek de waarde van een gezond gebit in te zien.

Toch lijkt het me de moeite waard die preventieve tandheelkunde eens van naderbij te bekijken. De wetenschappelijke interesse concentreert zich op het uitwerken van 'voorbehoedsmiddelen' tegen tandbederf met deze drie als belangrijkste topics: geregeld verwijderen van tandsteen en andere aanslag op gebitselementen, hoe laten we (door vervanging of toevoeging van andere stoffen) de cariogene invloed van suiker dalen, en herhalen dat fluoridering van het drinkwater wél het meest effectief is en géén schadelijke bijwerkingen heeft. (Dat er aan dit onderwerp ook ethische dimensies vastzitten, laat ik hier buiten de discussie (Verbrugh, 1972.) Al deze maatregelen beogen het afdammen van de tandbedreigende uitwassen van onze leefgewoonten. Ik trek het nut van deze inspanningen niet in twijfel, maar zolang de werkelijke oorzaken buiten schot blijven kunnen ze nooit meer betekenen dan een partiële oplossing. En dus komen we weer terecht bij het motiveren van de 'innerlijke dokter'. De preventieve tandheelkunde is op dit basisniveau van de gezondheidkunde*) (Kui-

*) Een persbericht (Den Haag, 19 juli 1976) van het Voorlichtingsbureau eindigt aldus: 'Er zijn ook mensen, die de indruk wekken hoe dan ook hét (lees: hun) doel te willen bereiken en die iedere beïnvloeding acceptabel achten. Zulke 'voorlichters en opvoeders' mogen hun eigen normen wel eens toetsen en zich bezinnen op wat zij eigenlijk aan het doen zijn. Maar dat zou iedereen, die waar dan ook voorlicht elk moment van de dag moeten doen!' *Voorlichting, effectiviteit en ethisch handelen*. In: *Nederlands Tandartsenblad*, 31 (1976) 16: 668-669.

*) Kuiper onderscheidt drie velden van gezondheidkunde: het derde is dat van de curatieve geneeskunde; op het tweede veld worden de gevaren voor de gezondheid in toom gehouden (vgl.: opwerpen van technische 'barrières' tegen aanwezige gevaren voor de gebitsgezondheid); de eerste zorg van de gezondheidkunde is: voorkomen dat hetgeen bedreigend is de menselijke leefwereld binnendringt (vgl.: het opvoeden tot een actieve gezondheidsverantwoordelijkheid, het stimuleren van de 'innerlijke dokter').

per, 1971, 1972, 1973, 1980) ook actief, telkens wanneer ze pleit voor een goede mondhygiëne en betere voedingsgewoonten.

– Tandpoetsen is een hele kunst. Men kweekt geen kunstenaars door informatieve folders uit te reiken; slechts oefening baart kunst. In schoolverband en door de beginnende kindertandheelkunde worden op deze terreinen veel inspanningen geleverd. Maar meent u niet dat veel effectiviteit verloren gaat als ouders, ook op dit gebied, hun kinderen niet voorbeeldig voorleven? Aan een volwassene leren hoe hij goed zijn tanden moet poetsen, vergt per patiënt toch maar 10 minuten werktijd van de assistent(e) of mondhygiënist(e).

– De aanbeveling dat men zijn brood niet moet beleggen met jam maar met magere kaas of worst, betekent niet veel. Wat is de draagwijdte van de mededeling dat ijslollies voor kinderen uit den boze zijn als in een bepaald gezin dit de ideale zoethouder is wanneer vader op TV de voetbalwedstrijd volgt terwijl moeder zich zit op te jagen om toch maar haar verstelwerk klaar te krijgen voor het slapen gaan?

Zou het niet denkbaar zijn de kindertandheelkunde uit te breiden tot een gezinstandheelkunde waar ouders én kinderen in één setting behandeld worden? En moeder zegt: 'Dokter, ons Jantje snoept teveel'. En Jantje neemt wraak en zegt: 'Mamma poetst haar tanden niet goed'. Dergelijke aanknopingspunten voor gezondheidsopvoeding, voor het bespreekbaar maken van funeste gedragingen en sociale leefpatronen dienen zich nauwelijks of nooit aan bij een gescheiden behandeling.

– Een tandarts, die hierop durft inhaken, zal geregeld tot de ontdekking komen dat dergelijke boodschappen niet zelden een dubbele bodem hebben; via verhalen over tandperikelen worden signalen gegeven over stress in het gezin; over adaptatiemoelijkheden van gastarbeiders; over angst voor pijn, ziekte, aftakeling en dood; wordt de alarmklok geluid over wegwijnen in eenzaamheid, enz. Als de ethiek i.v.m. de tandheelkunde pleit voor het bevorderen van het welzijn van de totale mens, via de tandheelkundige invalshoek, dan mag een tandarts zijn ogen en oren niet sluiten voor zulke signalen. Als de tandarts het ernstig meent met zijn dienende taak, dan ligt hier het uitgangspunt voor de ombuiging in de richting van een mensvriendelijke tandheelkunde.

– Allemaal mooi, maar een tandarts is geen sociaal werker . . . Ik weet ook wel dat men van een specialist in één domein van de somatiek niet kan verwachten dat hij zich met evenveel zwier beweegt op alle terreinen van de geestelijke volksgezond-

heid. Ik heb niet gezegd dat de tandarts voor alle problemen een oplossing op zak moet hebben, wel dat hij een signalerende functie heeft die anderen de kans geeft de dieperliggende problemen adequaat te begeleiden.

Het bewustworden dat tandklachten vaak het topje van de klassieke ijsberg zijn, kan het begin zijn van een tandheelkundige omwenteling.

– Een echt integrale tandheelkunde zal nauwer aanleunen bij de menswetenschappen; de natuurwetenschappelijke inbreng, technieken en vaardigheden worden instrumenten in functie van het totale welbevinden van de patiënt.

– De tandarts wordt geen maatschappelijk werker of psychotherapeut, maar hij zal wel uit zijn isolement treden en collega worden binnen het geïntegreerd welzijnsteam.

– Is het ondenkbaar dat veel van de eenvoudige en routine-activiteiten, die thans veel tijd en energie opsorpen, worden overgedragen aan tandheelkundige medewerkers, omdat de arts zich wil vrijmaken voor gezondheidszorg en gezondheidsopvoeding? (Ook de VNZ-discussienota (blz. 15) pleit voor soortgelijke verschuivingen, zij het op andere gronden.)

– Als voor zeer velen – ook vanuit sociaal oogpunt – de drempel naar de klassieke tandartsenpraktijk te hoog is, dan moet de gezondheidszorg van haar voetstuk afdalen. Tot de maatschappij-kritische taak van de sociale tandheelkunde behoort het formuleren van beleidsvoorstellen om gerichte en aangepaste tandheelkundige verzorging ook de facto bereikbaar te maken voor de minst bedeedden. Zou er bijvoorbeeld niet te denken zijn in de richting van samenwerkingverbanden tussen een poliklinische gezondheidszorg die alle specialisten omvat en het plaatselijk maatschappelijk buurtwerk?

– De tandheelkundige professie zal dan wel haar maatschappelijke eilandpositie moeten opgeven. Doelstellingen, uitbouw en beroepsethische verantwoordelijkheid zijn dan niet langer een zuivere tandartsenaangelegenheid, maar moeten ingebed liggen in de bredere welzijnszorg. Het hoofdstuk in de Codex over de collegiale verhoudingen zal grondig moeten worden herdacht, want in een geïntegreerd gezondheidsmodel zijn de directe collega's de leden van het multidisciplinair samenwerkingverband.

Een dergelijk model is niet op stel en sprong te verwezenlijken. Maar als we in de richting van een mensvriendelijke en integrale tandheelkunde willen werken, dus in de lijn van de gezondheidsdefinitie

van de Wereldgezondheidsorganisatie waar ook de huidige Codex impliciet naar verwijst, dan zal dat reeds vandaag specifieke eisen stellen aan de opleiding van toekomstige tandartsen.

De tandartsenopleiding

De subfaculteiten hebben tot taak tandartsen te vormen, dit betekent tandheelkundige gezondheidswerkers die via hun vakkundige bekwaamheid patiënten adequaat kunnen helpen. Doel is: adequaat helpen; middel is: wetenschappelijke kennis en technische vaardigheid. De opleiding moet én op het doel én op het middel georiënteerd zijn. Ik ga ervan uit dat aan onze universiteiten het ter hand stellen van de middelen aan alle wetenschappelijke eisen voldoet. Mijn aandacht richt zich – ietwat eenzijdig misschien – op de vorming van mensen die op een adequate wijze hun instrumentarium kunnen aanwenden om patiënten te helpen. Een nog vrij onontgonnen gebied misschien.

'Adequaat' wil hier zeggen dat de geboden hulp moet inspelen op de noden en behoeften van elke individuele patiënt, met zijn eigen persoonlijkheid gesitueerd binnen zijn specifieke psycho-sociale levenscontext.

Met het oog op deze doelstelling wordt 'attitude-vorming' een heel voorname dimensie van de opleiding. Deze vorming verloopt op een dubbel spoor: het bijbrengen van inzichten en het begeleiden van de attitude-ontwikkeling van de student.

1. Onderwijs

De menswetenschappen moeten een stevige pijler zijn van de tandheelkundige opleiding. Zij exploreren de mens en zijn functies in interactie met anderen en met sociale groepen. Denk in dit verband aan de inbreng van onder meer psychologie, groepsdynamica, interactietechnieken, cultuur- en waardensociologie. Behalve de analyserende en beschrijvende menswetenschappen lijkt me een belangrijke taak weggelegd voor de filosofische reflectie op mens-zijn, cultuur, wetenschap, samenleving en hun onderlinge samenhang, en voor een ethisch-kritische bezinning op inhoud en betekenis van normen en waarden van individuen, (sub)groepen en maatschappij.

Behalve een onontbeerlijke algemene *introduction* zal het menswetenschappelijk onderwijs zich moeten toespitsen op *centrale thema's uit de gezondheidszorg*, zoals: leven en dood, gezondheid en ziekte, objectieve en subjectieve beleving van pijn en ziekte, het onbewuste en het bewustzijn, helpen en geholpen worden, rechten en plichten, motivatie, angst, verantwoordelijkheid, wil-tot-leven . . .

Een derde niveau van structureel inge-

bouwde menswetenschappen in het onderwijspakket zijn de *interdisciplinaire confrontaties* waar een zelfde onderwerp of casus vanuit praktijkervaring en vanuit verschillende disciplines benaderd en besproken wordt. Hierbij is het de bedoeling aan de studenten duidelijk te maken hoe elke wetenschappelijke benadering slechts vanuit één partiële invalshoek de mens, een probleem, een situatie, de samenleving bekijkt, hoe slechts via samenspraak de complexiteit van de werkelijkheid aan het licht komt en hoe de verbindingslijnen (kunnen) lopen tussen de tandheelkunde en andere sectoren van de (geestelijke) gezondheidszorg.

2. Begeleiding van de attitude-ontwikkeling van de student

Onderwijs en tentamens zijn niet zonder meer attitude-vormend, ze zijn hoogstens een voorafgaande voorwaarde. Het belangrijke is dat studenten *ervaren* hoe de doelstelling van de tandheelkunde in een tandartsenpraktijk functioneert, dat die doelstelling hen *wordt voorgeleefd*. Het zijn niet de menswetenschappers maar het faculteitsbeleid, de docenten van de tandheelkundige disciplines, de praktijkbegeleiders, tandartsen en de professie, die de grootste invloed hebben en waarop de grootste verantwoordelijkheid rust.

Alle docenten verwerken het aspect maatschappelijke verantwoordelijkheid in hun onderwijs en begeleiding. Misschien niet expliciet en misschien niet op een gelukkige wijze, maar ze doen het. Want opvoeden tot tandarts verloopt immers vooral via bewuste en onbewuste overdracht van attitudes, waarden en normen, die altijd onderliggend aanwezig zijn in hoorcolleges, praktisch onderwijs, gesprekken over problemen of praktijkgevallen, in de commentaren op gedragingen van collega's en patiënten.

Neem bijvoorbeeld een vrij technisch college over de nieuwste methoden om een bepaalde aandoening te behandelen. Ook wanneer de docent zich strikt houdt aan een wetenschappelijke uiteenzetting, dan nog mag hij niet uit het oog verliezen dat hij, met zijn rechtlijnig denken over wat hij wetenschappelijk verantwoord acht, bezig is een bepaald waardenpatroon te introduceren. In deze denklijn situeert zich de reeds geciteerde vaststelling dat tandartsen de wens uitspreken te mogen overgaan tot 'uitgebreidere behandelingsmogelijkheden, die tegemoet komen aan hun technische vaardigheden, zoals die in de opleiding worden bijgebracht'. Wetenschappelijke normen voor goede tandheelkunde krijgen een meer absoluut karakter naar mate andere waarden die in het geding zijn onbesproken blijven; als er bijvoorbeeld geen aandacht geschonken wordt aan de

relativerende, misschien zwaarwegende bezwaren van de patiënt, aan de kostenbatenanalyse en de belasting van de gemeenschap door het veralgemeend bereikbaar maken van nieuwe technieken, aan een meer rechtvaardige verdeling over alle lagen van de bevolking van de beperkte middelen van de gezondheidszorg, als het aspect dwang en privacy onbesproken blijft in een pleidooi voor fluoridering van drinkwater, enz.

De maatschappelijke verantwoordelijkheid is ook in het geding of een docent, vanuit de invalshoek van zijn specialisme, nu al of niet doorstoot tot het basale veld van de gezondheidszorg. Meestal wijst hij wel bedreigende voedings- of omgevingsfactoren aan, maar dringt hij door tot het niveau van de leefgewoonten waarvoor deze factoren symptomatisch zijn? Durft hij met zijn kritiek de confrontatie aan met het maatschappelijk ethos dat deze symptomen in stand houdt?

Een ander voorbeeld. In gesprekken en colleges over praktijkvoering komt geregeld de factor tijd en efficiëntie ter sprake. Durft men ook pleiten voor 'verantwoord tijdverlies' om met een patiënt een inhoudelijk gesprek aan te gaan over zijn beleving en houding tegenover zijn gezondheid? Wat doe je wanneer een patiënt, verbaal of non-verbaal, te kennen geeft dat hij iets van zijn angst zou willen uitspreken, terwijl je weet dat in de wachtkamer andere patiënten hun ongeduld zitten te verbijten? Een bezinning over tijdsbeleving en effectiviteit, over tijdswinst, tijd geven, tijd vrijmaken, te weinig tijd hebben, stress wegens tijdsdruk en het probleem van de prioriteiten in zo'n situatie, lijkt mij erg nuttig in het kader van dit pleidooi waarin ook het stimuleren en motiveren van de 'innerlijke dokter in de patiënt' tot de verantwoordelijkheid van de tandarts wordt gerekend.

Een zinvolle suggestie lijkt mij dat docenten bereid moeten zijn hun attitudes en uitgangspunten – inclusief de levensbeschouwelijke uitgangspunten – van hun praktijkvoering te expliciteren, te laten bekritisieren en te verantwoorden, zowel tegenover studenten als b.v. tijdens de reeds genoemde interdisciplinaire colleges. Een dergelijke confrontatie zet alle partijen aan het denken over waardenpatronen, normen en prioriteiten.

Hierbij aansluitend lijkt het me nuttig in de loop van de opleiding herhaaldelijk de aanvankelijke motivatie ter sprake te brengen waarom een student de studierichting tandheelkunde koos. Is deze motivatie verschoven? Wat rest er nog van het aanvankelijk idealisme? Welke omstandigheden hebben tot deze veranderingen bijgedragen?

Er kunnen discussiegroepen gevormd worden waarin studenten onderling hun eigen attitudes en belevingen, zienswijzen en waardebelevingen confronteren, bijvoorbeeld na stage-ervaringen die ze opdeden in een reële tandartsenpraktijk in stad of dorp.

Deze lijst is beslist nog op diverse wijzen uit te breiden. De directe bedoeling hiervan is dat studenten kritisch leren nadenken over de vele zelden uitgesproken vanzelfsprekendheden die het tandartsenberoep rijk is, en dat zij op die manier leren een flinke dosis zelfkritiek op te bouwen. Het zal dan niet meer nodig zijn dat zij later hun drang naar creativiteit en inventiviteit uitsluitend proberen uit te leven in het experimenteren met technische hoogstandjes bij particuliere of gezond-gebit-bewijspatiënten, maar dat zij hun creativiteit en inventiviteit evenzeer aanscherpen in de humane sfeer waartoe de tandartsenpraktijk – tenminste voor wie er open oog voor heeft – zo vaak aanleiding geeft.

Besluit

Misschien bewoog dit stuk zich op ietwat ongewone wegen. Toch geloof ik dat ik de grenzen van het haalbare niet overschreden heb. Zelf situeer ik deze bijdrage in het verlengde van de, naar mijn aanvoelen, waardevolle suggestie van Lubbers (1980) die de artsen vroeg om bij te dragen tot een nieuwe samenlevingsmentaliteit 'waarin gezondheid en ziekte iets relatiever worden gezien en meer de nadruk wordt gelegd op het zinvol en bevredigend leven in een toestand van niet geheel complete 'well-being'.

Summary:

Title: The patient, focus of dental care. The 'Ethics in relation to Dentistry' focuses on the patient in his totality. How dental care could contribute to this, is a secondary question. Some implications of this approach are elaborated: (a) for the actual dentist-patient relation, with analysis of mutual obligations, (b) for the strategy of dental care, including health education, and (c) for the training and attitudinal education of future dentists.

Literatuur:

1. Kuiper, J. P. (1971, 1972, 1973): Doelstellingen van de gezondheidszorg en Geneeskunde en gezondheidskunde. In: Overdrukken uit 'Medisch Contact'. Pp. 5-10 en 11-13.

2. *Kuiper, J. P.* (1980): Mensopvatting en Gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen.
3. *Lubbers, E. J. C.* (1980): Ongelijke verdeling van gezondheid, gezondheidszorg en welzijnswerk. Medisch Contact 35, 41: 1257-1260.
4. *Remen, N.* (1976): Naar een eigentijdse synthese van geneeskunst en geneeskunde. In: *Miller, S. e.a.*: De totale mens als middelpunt van gezondheidszorg. De Toorts, Haarlem. Pp. 15-23.
5. *Verbrugh, H. S.* (1972): Geneeskunde op dood spoor. Lemniscaat, Rotterdam. Pp 88-90.
6. *Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen* (1980): Kiezen en delen. Discussienota van

de VNZ over een nieuwe structuur voor de tandheelkundige voorzieningen voor ziekenfondsverzekerden.

Oktober 1981.

Adres:

Dr. M. Christiaens,
Verlengde Groenestraat 75,
6525 EJ Nijmegen.

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE TANDARTS ALS ACADEMISCH OPGELEIDE

A. C. M. VAN DE POEL

Uit de vakgroep Parodontologie-Prothetodontie-Sosiodontie van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Onderwijs – Samenleving – Professie

Bij de wet van 4 augustus 1947 is de tandheelkundige opleiding onder de Hoger Onderwijs Wet gebracht en is de tandarts formeel een academisch opgeleide, dus een academicus geworden. Toch bestaat er zeker binnen onderwijskringen wat scepsis over de wetenschappelijkheid van de inhoud en het niveau van de opleiding (Plaschaert, 1977, Van de Poel, 1979; ten Bosch, 1981) zo schrijft Pilot in 1980 in dit tijdschrift en hij parafrazeert daarbij het Voortgangsrapport I van de Onderwijscommissie Tandheelkunde van de R.U.G. uit 1978. De tandarts behoort een 'academicus' te zijn en is bij afstuderen in staat tot het zelfstandig:

- omschrijven en vaststellen van eigen doelstellingen;
- signaleren en herkennen van problemen;
- ondernemen van stappen om oplossingen te bereiken;
- beoordelen en verbeteren van eigen functioneren.

Dit alles met behulp van gangbare wetenschapsmethoden. Kernwoorden bij het functioneren zijn: zelfstandigheid en probleem oplossen langs wetenschappelijke weg. Wat opvalt is het gebruik van het werkwoord behoren, hetgeen zoiets wil zeggen als van er nog niet zijn, het nog niet bereikt hebben, en dat het woord 'academicus' tussen aanhalingstekens staat weergegeven als wordt een na te streven doel omschreven, iets dat zou moeten worden bereikt. Bij hem heerst ook wat twijfel over de wetenschappelijkheid van de opleiding tot tandarts. Toch heeft de STAR in 1976 in haar raamplan nog een aanbeveling

gedaan over het aantal uren dat in het curriculum aan de wetenschapsbeoefening zou moeten worden besteed. Maar wat wil men concreet met een academische opleiding bereiken? In deze is het wellicht aardig de 'checklist' van De Groot ter hand te nemen zoals deze door hem in 1974 in zijn artikel 'Hoe stelt men eindtermen op' in 'Universiteit en Hogeschool' is gepubliceerd.

'Checklist. De afgestudeerde (drs., ir., mr.) wordt geacht geleerd te hebben op eigen verantwoording, d.i. relatief zelfstandig, en op adequate wijze:

- een voordracht te houden voor docent(en) en medestudenten over een zelfstandig bestudeerd vakwetenschappelijk onderwerp;
- een verslag te schrijven over een doorlopen stage of een bestudeerd onderwerp of verricht onderzoek;
- bij een gegeven materiaal van ruwe data en/of (vak)literatuur een bepaald type probleemstelling goed (onderzoekbaar) te formuleren of te herformuleren;
- bij een gegeven eenvoudige probleemstelling op vakwetenschappelijk gebied een opzet voor een onderzoek ontwerpen: hoe zoek je zoiets uit – empirisch, theoretisch of door literatuur-recherche, naar gelang van vakgebied en probleem;
- een relatief eenvoudig empirisch onderzoek uit te voeren, c.q. te leiden en/of te organiseren;
- aan een discussie op vakgebied actief deel te nemen;
- een discussie of bespreking over een vakonderwerp te leiden;
- de belangrijkste vakliteratuur bijeen te zoeken met betrekking tot een opgegeven

Samenvatting:

Bij de wet van 4 augustus 1947 is de tandheelkundige opleiding onder de Hoger Onderwijs Wet gebracht en is de tandarts een academisch opgeleide, dus formeel een academicus. Binnen onderwijskringen bestaat wat scepsis over de wetenschappelijkheid van de inhoud en het niveau van de opleiding. Vraag is wat is dan een academische opleiding? Dit wordt duidelijk gemaakt met behulp van de 'eindtermen' van De Groot. Vervolgens worden de begrippen 'professional' en 'intellectueel' geanalyseerd. Professional omdat daar snel aan gedacht wordt als het over de tandarts gaat, intellectueel omdat dat nog eens wordt geassocieerd met academicus. Met behulp van de gemaakte analyse wordt vervolgens aan de hand van een aantal voorbeelden, van de tandarts als docent, van de tandarts als professional en van de tandarts als academisch gevormde, aangegeven waar de verantwoordelijkheid van de tandarts als academisch opgeleide zoal ligt.

Betoogd wordt dat het juist de attitude van de persoon is die de wijze van omgaan met deze verantwoordelijkheid bepaalt. In het tot ontwikkeling brengen van deze attitude ligt een belangrijke taak bij het onderwijs. Te meer daar van de professie momenteel een andere houding en bijdrage in- en aan de samenleving wordt verwacht dan bijvoorbeeld vijf jaar geleden.

of zelf gesteld studie-onderwerp; een onderzoeksrapport uit te brengen over een eigen onderzoek of deelname aan een onderzoek, dat – tot stand gekomen met een zekere staf-steun bij onderzoek en rapportering beide – aan zodanige eisen voldoet, dat het als instituuts-(semi-)publicatie kan uitkomen; enkele colleges te geven aan jongerejaars over zelf bestudeerde onderwerpen; in een mondelinge tentamen-situatie een