

## REDACTIONEEL

## STUURMANSKUNST BIJ ZWARE ZEEVANG

Trefwoorden: Onderwijs – Tandheelkundige gezondheidszorg – Risicogroepen

Thans vijfendertig jaar geleden kreeg een historische onderwijshervorming zijn beslag. In het jaar 1947 werd het onderwijs in de tandheelkunde wettelijk geregeld volgens het Academisch Statuut. De nieuwe grondslag opende de mogelijkheid de opleiding uit te bouwen tot het wetenschappelijk onderwijs dat wij thans kennen. Terugziende mag worden vastgesteld dat binnen dit tijdsverloop zich een moeizaam groeiproces heeft voltrokken, dat een zware belasting betekende voor de onderwijsgevers. Van hen werd verwacht dat zij de studenten een onderwijspakket zouden bieden dat moest voldoen aan eisen, waarmee zij zelf nog niet vertrouwd waren. Voor de onderwijsstaf was de leerstof soms even nieuw als voor de leerling. Hoewel door de allengs toenemende welvaart in later jaren ruimere financiële middelen voor het onderwijs ter beschikking kwamen dan ooit te voren – een ongekennde luxe voor de tot dusver steeds schraal bedeelde tandheelkunde – betekende deze groei desondanks een moeilijk te besturen proces.

Daarbij kwam nog een tweede aanslag op het onderwijspotentieel door de oprichting van steeds nieuwe subfaculteiten; een stijging in twintig jaar (1968) van één naar vijf. Begrijpelijk is daarbij dat de aanstelling van onderwijskrachten geen selectie uit een overmaat aan aanbod betekende. De zuigkracht van de zelfstandige praktijkuitoefening gevoegd bij de ruimere financiële beloning, won het meestal glansrijk van de ondergeschikte positie in de ouderwetse academische structuur en het aanvankelijk zeer geringe salaris. Dezelfde motieven die ten grondslag lagen aan de haast explosieve uitbouw van het tandheelkunde-onderwijs, vormden tevens een ernstige hinderpaal voor een optimale stafopbouw. Het zal duidelijk zijn dat hier bedoeld wordt op het 'veronderstelde tekort aan tandartsen'. Deze term is gehanteerd door Prof. Dr. H. M. J. Scheffer, destijds Hoogleraar-Directeur van het Tandheelkundig Instituut te Utrecht. Hij bedoelde vermoedelijk, dat de kwantitatieve bemanning van de tandheelkundige gezondheidszorg niet terug te voeren is op absolute cijfers, maar afhankelijk is van randvoorwaarden zoals: financiële middelen, hulpkrachten, het verstrekkingspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars en de wet van vraag en aanbod.

Op alle fronten zijn er thans na vijfendertig jaar grondige veranderingen op gang gekomen, en niet ten goede. Hoewel de professie – en kennelijk ook de overheid – nog wat

onthutst en verwaasd opkijkt, blijkt het 'veronderstelde tekort aan tandartsen' plotseling ingelopen te zijn, alsof dat niet bij de oprichting van de nieuwe subfaculteiten te berekenen was geweest. Paniek alom. Moest er vorige jaren nog gelooft worden om een plaats aan een subfaculteit, plotseling bleek er voor het cursusjaar 1982-1983 een tekort aan gegadigden voor de tandheelkundige studie te zijn ontstaan. Het zou interessant zijn de juiste oorzaak van deze ommezwaai na te speuren. Thans bezet een aantal buitenlandse studenten de open plaatsen. Van hen zou dan moeten worden aangenomen dat zij na het behalen van het diploma weer naar het land van herkomst zullen terugkeren. Dit lijkt twijfelachtig. Nederland heeft zeker niet de grootste tandartsendichtheid binnen de E.E.G.

Toch is het zeker begrijpelijk dat een ongebreidelde toename zou moeten worden voorkomen. Wij zijn een voorzichtig volkje. De teruglopende economie en de schaarsere middelen hebben thans gevolgen voor de tewerkstelling van tandartsen en andere werkers in de gezondheidszorg. De 'algemene middelen', het overheids-geld dus, komen niet zo gemakkelijk meer beschikbaar en de ziekenfondsen houden soms ook liever de hand op de knip. En, het is hier al eens eerder gezegd, 'no worse doctor than a poor doctor'. Zo ergens, dan geldt dit voor de tandarts, wiens handelingen achteraf slecht te controleren zijn en die weinig te vrezen heeft van de straffende hand van de dood, wanneer hij zijn patiënten onvoldoende of onjuiste hulp biedt. Het trieste, ja zelfs tragische, is nu dat in de rijke jaren wel de geldmiddelen beschikbaar waren om te komen tot uitbouw van een volwaardige tandheelkundige gezondheidszorg, inclusief een kwalitatieve controle, die recht doet aan de noden van de patiënt en aan de verworven kennis en vaardigheden van de tandarts, doch dat men zich heeft laten weerhouden door het beperkte aantal beschikbare werkers. Hier tegenover staat dat onder de huidige verschralende omstandigheden de middelen dreigen te ontbreken om de ruimer beschikbaar komende mankracht aan het werk te zetten, laat staan om aan de tandheelkundige zorg die kwaliteit te geven, die overeenkomt met wat naar algemeen aanvaarde normen noodzakelijk is en om aldus de vruchten te plukken van de onderwijsinspanningen van een periode van 35 jaar.

Aangenomen dat de doelstelling van de tandheelkundige gezondheidszorg mag

worden omschreven als het tot stand brengen en in stand (doen) houden van gezondheid en functie van de weefsels van de mond, dan is het tegen de achtergrond van de huidige inzichten een illusie te menen, dat dit ook met eenvoudige, lees goedkope, middelen is te bereiken.

Zij die dergelijke ideeën huldigen, gaan voorbij aan het feit dat goede en goed geïndiceerde tandheelkunde met inbegrip van preventie haar waarde eerst op de lange termijn laat beoordelen. Tandheelkundige hulp is geen consumptieartikel, maar een investering in de gezondheid van de mond, en dient als elke investering op jaarbasis te worden berekend en afgeschreven. Hiermede wil gezegd zijn dat slechts met een duidelijk beeld van de inhoud van dit onderdeel van de gezondheidszorg voor ogen, de in de komende jaren te verwachten problematiek het hoofd kan worden geboden.

De verzorging van de patiënt waarop hier wordt bedoeld, kan gezien het antieke 'verstrekkingspakket' van de ziekenfondsen, niet in de zogenaamde 'ziekenfondspraktijk' geboden worden. Dit geldt voor de gehele zorgverlening van preventie tot curatie en dit geldt in versterkte mate voor de verzorging van de parodontale weefsels. Concluderend mag worden gesteld dat thans na 35 jaren de rekening wordt gepresenteerd van een beleid dat zich vergenoegde met het primitieve stukwerk te doen belonen en faalde in het construeren van een zorgverlening, die werkelijk recht doet aan het begrip tandheelkundige gezondheidszorg.

Het enige antwoord dat vandaag de dag wordt gehoord is beperking van de instroom van studenten en daardoor afbraak van het onderwijs, dat in die 35 jaar wél kwaliteit heeft opgebouwd. Dit alles opdat de spoeling maar niet te dun wordt. Kwaliteitsverbetering van de zorgverlening mag blijkbaar niet realistisch meer worden genoemd. Want voor dat doel immers zou de groei van het tandartsenbestand het best kunnen worden aangewend.

Bij de jaarwisseling is het gebruikelijk om zich af te vragen wat de toekomst zal kunnen brengen. In de titel van deze verhandeling wordt over stuurmanskunst gesproken. Hoge eisen zullen inderdaad op dat gebied verlangd worden, bij de overheid, maar evenzeer bij bestuurders van beroepsorganisaties. Alle invloed zal moeten worden aangewend om ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars én ook de tandartsen ervan te doordringen, dat alléén goede tandheelkunde niet duur hoeft te zijn, mits op jaarbasis berekend, en vooral dat het een goed verzekeraar object is geworden, vooropgesteld dat de kwaliteit van de hulp optimaal is en de zelfzorg van de patiënt zijn deel bijdraagt. De tijd van de

cariësexplosie is voorbij, als de verwachtingen niet bedriegen. Daarmee behoort ook het eindeloos conserveren tegen beter weten in tot het verleden. De tijd is eveneens voorbij van een stukloon in een behandelingsysteem dat sociale tandheelkunde genoemd wordt; een loon dat te laag is voor kwaliteit en te hoog voor wanprestaties. Het is een immoreel systeem voor iedere werknemer dus ook voor een tandarts, die niet in staat gesteld wordt het werk te doen waarvoor hij is opgeleid. Een systeem dat de tewerkstelling van een mondhygiënist niet toelaat. De tijd is aangebroken dat de patiënt die hulp krijgt die verantwoord is geïndiceerd en niet de hulp die door het 'verstrekkingenpakket' wordt bepaald – want betaald – en waarvan de kwaliteit door deze betaling wordt bepaald.

Naast deze fundamentele herziening van de filosofie over de inhoud van de tandheelkundige gezondheidszorg, zal het in de naaste toekomst noodzakelijk zijn de braakliggende terreinen te verkennen en te ontginnen. Te denken valt hierbij aan een onderzoek naar de achtergronden van het nog veel te grote percentage van de bevolking dat geen hulp vraagt, maar deze wel

behoeft, waaronder naar schatting 400.000 zeer angstige patiënten. Voorts de vele 'risicogroepen' in de samenleving, de bejaarden die niet in staat zijn de hulpverlener op te zoeken; zij vormen een nog onbekend percentage van de ruim 1½ miljoen ouderen boven 65 jaar. Dan zijn er nog de vele vormen van al dan niet in instellingen verblijvende gehandicapten. Deze categorieën patiënten – en er zijn er nog veel meer te bedenken – vormden in het verleden een groot ongemak in de overbelaste praktijken. Als men dan toch te kiezen had, dan waren het juist deze meer tijd vergende groepen, die soms het eerst werden geweerd, de vele goedwillende en hard werkende collegae ten spijt. Het mag de professie niet worden aangewreven dat zij een wat afstandelijke houding tegenover deze extra tijd en zorg vergende patiënten innamen. Deze pasten niet in een systeem gebaseerd op massaproductie en krappe tarieven. Wat nu precies onder 'risicogroepen' moet worden verstaan zal een eerste prioriteit van onderzoek moeten zijn. De ruimste interpretatie is de beste. Ieder individu dat zich *niet* gewoontegetrouw vrijwillig en zelfstandig onder behandeling stelt en deze behandeling ook daadwerkelijk ondergaat,

behoort tot deze risicogroepen. Zij immers behoeven aangepaste informatie, zorg en aandacht en lopen bij het ontbreken ervan het risico geen toegang te krijgen tot die maatregelen die de gezondheid van de mond in stand houden of tot stand brengen.

Het is onze stellige indruk, wanneer de professie – noodgedwongen (?) – haar wat passieve, om niet te zeggen gemakzuchtige, houding laat varen en een inventariserend onderzoek instelt om achter de waarheid van deze risicogroepen te komen, dat dan alle speculaties over een thans 'verondersteld overschot aan tandartsen' voornog voorbarig zijn.

Met grote belangstelling wordt ook dezerzijds het eerste rapport van de Adviescommissie Opleiding Tandartsen (A.O.T.) tegemoet gezien. Wij hopen dat de discussie daarover meer duidelijkheid en ook zekerheid zal doen ontstaan over de verwachtingen die de professie in al haar geledingen nog mag koesteren en over de gewenste koers die dan zonder dralen en met goede stuurmanskunst moet worden ingeslagen.

v. S.

#### MEDEDELINGEN AAN DE LEZERS EN DE AUTEURS

Tot dusver heeft de Redactie van dit Tijdschrift voor verwijzing in artikelen naar de literatuurlijst het 'Harvard-systeem' gehanteerd. Daarbij worden de namen van aangehaalde auteurs vermeld gevolgd door het jaartal van de publikatie. Soms vindt deze vermelding tussen haakjes in de tekst plaats, soms ook zijn deze namen onderdeel van de zin. In de literatuurlijst zijn de auteurs dan in alfabetische volgorde opgenomen.

Met ingang van de nieuwe jaargang heeft de Redactie uitvoering gegeven aan het besluit dit systeem te verlaten en te vervangen door de 'Vancouver-style', waarbij auteursnamen en jaartallen uit de tekst zullen verdwijnen om plaats te maken voor 'superieure cijfers', boven de regel geplaatste cijfers. De aldus ontstane nummering keert terug in de literatuurlijst die dan niet meer alfabetisch is.

Het is duidelijk dat deze overgang eenvoudig is voor bronvermelding tussen haakjes in de zin. 'De cariësvermindering die met deze methode kan worden bereikt is gering (Lehner, 1980)' wordt dan 'De cariësvermindering . . . is gering<sup>3</sup>.' Wanneer auteursnamen onderdeel zijn van de zin, dan zal ook de zin moeten veranderen. 'Grossman (1957) toonde aan dat bacteriën in wortelkanalen . . .' wordt dan 'Bacteriën bleken in wortelkanalen . . .<sup>7</sup>.'

Met dit besluit geeft de Redactie gevolg aan een overeenkomst gesloten tijdens een congres van redacteuren van medische tijdschriften: 'The international steering committee of medical editors' dat gehouden werd te Vancouver. Er zijn vele argumenten aangevoerd om deze besluitvorming te ondersteunen, die wij hier niet nader zullen toelichten. Belangrijk is dat thans de zo gewenste uniformiteit internationaal is verwezenlijkt. De Redactie heeft tevens besloten om het nieuwe systeem *geleidelijk* in te voeren.

Voor de reeds ingeleverde en circulerende kopij zal het 'pseudo-Vancouver-systeem' worden toegepast, waarbij wel de namen blijven staan doch het jaartal vervalt. Hiervoor komt het superieure cijfer in de plaats. Voorbeeld: 'Van den Akker<sup>5</sup> . . .' Op deze wijze hoopt de Redactie tegen het einde van 1983 volledig op de nieuwe wijze van verwijzing te zijn overgegaan.

Een radicale omschakeling per 1 januari 1983 zou in vele gevallen een tijdrovende aanpassing van de voor publikatie gereed liggende kopij behoeven met de daarbij noodzakelijke herschrijving van de literatuurlijsten.

De redactie hoopt met deze geleidelijke invoering van het Vancouver-systeem de leesbaarheid te verhogen. Er ontstaat een rustiger tekstbeeld en de literatuurverwijzing kan op eenvoudiger wijze verwerkt worden. Wij vertrouwen dat met name de auteurs zich met deze vorm van bronvermelding kunnen verenigen en er hun medewerking aan willen verlenen.

Redactie