

REDACTIONEEL

THEMANUMMER 1983: 'CONTROVERSIËLE ONDERWERPEN IN DE TANDHEELKUNDE'

In dit themanummer heeft de Redactie een aantal controversiële onderwerpen uit de tandheelkunde gegroepeerd. Daarbij is zowel gedacht aan onderwerpen die direct betrekking hebben op het tandheelkundige handelen, alsook aan meer algemene kwesties. Voorbeelden van laatstgenoemde categorie zijn het al of niet

verplicht stellen van postacademisch onderwijs en het al of niet noodzakelijk zijn van officieel erkende specialismen binnen de tandheelkunde.

Op één na zijn alle auteurs afkomstig uit de tandheelkundige professie, zodat nadere introductie overbodig is. De enige uitzondering is Drs. G. Rut-

gers, die als medewerker van het Minister van Onderwijs en Wetenschappen belast was met de opzet en de organisatie van het P.A.O.(T). De bijdrage van voornoemde 'Gastauteur' is als eerste in dit themanummer geplaatst. De overige bijdragen zijn in min of meer willekeurige volgorde opgenomen.

POSTACADEMISCH ONDERWIJS: VRIJBLIJVENDE VRIJWILLIGHEID OF GEORGANISEERDE VERPLICHTING?

G. RUTGERS

Trefwoorden: Postacademisch onderwijs

1. Inleiding

De vraag of het postacademisch onderwijs tandheelkunde verplicht moet worden gesteld, begint een steeds vaker voorkomend discussie-onderwerp te vormen, zowel binnen de Maatschappij Tandheelkunde als binnen de subfaculteiten tandheelkunde. Er is een (groeïende) groep deskundigen die met verwijzing naar de snelle ontwikkelingen in de tandheelkundige wetenschap regelmatige nascholing een sine qua non vindt voor het mogen uitoefenen van het tandartsenberoep. Lijnrecht daartegenover staan de mensen die georganiseerde nascholing in het algemeen en verplichte georganiseerde nascholing in het bijzonder onzinnig vinden. In hun ogen heeft een gemiddelde tandarts aan zijn basisvaardigheden en zijn vakbladen voldoende om bij te blijven in zijn vak. Zoals in zoveel

discussies valt tussen beide uitersten bovendien een heel scala van genuanceerde meningen te beluisteren.

De discussie over de verplichtstelling van postacademisch onderwijs voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg komt niet uit de lucht vallen. Al enige jaren werken officiële organisaties aan de opzet van het p.a.o. op de terreinen geneeskunde en tandheelkunde conform de wettelijke uitgangspunten. Zij zijn daarbij al snel tegen het punt van het al of niet verplicht stellen van p.a.o. aangelopen. De voorbeelden in het buitenland, de vaak zeer snelle ontwikkelingen in de wetenschap, de stijging van de kosten van de gezondheidszorg, de klachten over serviceverlening, de verantwoordelijkheid van de staat voor de volksgezondheid, het zijn even zo vele aanleidingen om telkens weer het vrijwillige of verplichte karakter van de nascho-

Samenvatting:

Gezien de snelle ontwikkelingen in de medische wetenschap is regelmatige na- en bijscholing voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg noodzakelijk. Doel van deze na- en bijscholing is de handhaving c.q. verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Om te bewerkstelligen dat zoveel mogelijk medici daadwerkelijk regelmatige na- en bijscholing volgen, zullen extra prikkels nodig zijn. Deze kunnen variëren van vraag- en aanbodstimulerende maatregelen tot aan verplichting tot deelname aan na- en bijscholing.

De auteur heeft een voorkeur voor een systeem van toetsing op basis van vrijwilligheid waarbij voor iedere medicus de nascholing wordt gericht op het wegwerken van de geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Waarschijnlijk zullen aanvullende maatregelen nodig zijn om de bezwaren tegen deelname aan de toetsing en nascholingsprocedure weg te nemen. Alleen als dit onvoldoende resultaat oplevert kan worden gedacht aan verplichtstelling van na- en bijscholing, bij voorkeur eveneens op basis van toetsing.

ling ter discussie te stellen.

Een tweede, zeker zo belangrijke reden ligt in de publikatie van het voor-

ontwerp van wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hier verder aangeduid als de BIG-wet) in mei 1981. Deze wet maakt het de minister mogelijk om bij Algemene Maatregel van Bestuur regels te stellen voor verplichte bijscholing. Met deze BIG-wet wordt, als zij door het parlement in deze vorm wordt aangenomen, de basis gelegd voor een geïnstitutionaliseerd systeem van na- en bijscholing waaraan in principe iedere erkende beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg behoort deel te nemen.

Dat het begrip verplicht p.a.o. bij vele beroepsbeoefenaars vragen en weerstanden oproept, ligt nogal voor de hand. Het feit dat vele logische vragen tot nu toe onbeantwoord bleven, versterkt die weerstand alleen maar.

De meest bekende voorbeelden van dit soort vragen zijn:

– Heeft nascholing zin, als beroepsbeoefenaren tegen hun zin in verplicht aan cursussen moeten meedoen?

– Bestaat verplichte nascholing altijd uit cursussen en andere groepsactiviteiten of worden zaken als wetenschappelijke congressen, literatuurstudie e.d. ook tot erkende vormen van nascholing gerekend?

– Wie of wat bepaalt wat iedere beroepsbeoefenaar of groep van beroepsbeoefenaren aan nascholing moet doen?

– Hoe wordt gemeten of verplichte nascholing werkelijk effect heeft gesorteerd, wie meet dat?

– Wat gebeurt er met degenen die zich aan verplichte nascholing onttrekken?

– Hoeveel tijd kost nascholing en hoe zit het met het gederfde inkomen?

– Hoeveel kost (verplichte) nascholing en wie betaalt het?

De BIG-wet zelf blijft over deze zaken nogal vaag. De wetgever vertrouwt op vrijwillige nascholing maar de minister kan nascholing verplicht gaan stellen; over vorm, inhoud, procedures, bepalende instanties, financiering wordt geen uitsluitend gegeven. Alleen over het niet naleven van nascholingsvoorschriften wordt duidelijk gesteld dat eerder wordt gedacht aan financiële maatregelen dan aan strafsancities. Dit artikel heeft niet de pretentie alle

nog openstaande vragen te beantwoorden; dat dient te gebeuren door de verantwoordelijke minister in samenspraak met het veld. Wel wordt getracht om op een systematische manier tot een keuze tussen vrijwillige of verplichte nascholing te komen. Het is daarmee vooral bedoeld als bijdrage aan de dialoog tussen wetgever en veld ter verdere invulling van de BIG-wet en is geschreven vanuit de optiek van het departement van Onderwijs en Wetenschappen als verantwoordelijke instantie voor het postacademisch onderwijs. Deze optiek en de achtergrond van de schrijver leveren automatisch een aantal beperkingen op. Zo zullen vakinhoudelijke aspecten betreffende al of niet verplichte nascholing van tandartsen niet aan de orde komen; evenmin wordt aandacht besteed aan de onderwijskundige aspecten die voor de nascholing van tandartsen van belang zijn.

Tegenover deze beperkingen staat ook een verbreding van het aandachtsgebied. In de BIG-wet wordt met betrekking tot de nascholing geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende categorieën van beroepsbeoefenaren: de wettelijke bepalingen op dit punt hebben zowel betrekking op tandartsen als op neurochirurgen en opticiëns-contactlenskundigen. Hoewel te zijner tijd zonder twijfel voor de verschillende categorieën een gedifferentieerde regelgeving tot stand zal komen, heeft het in de huidige discussiefase weinig zin om de verplichting tot nascholing voor tandartsen als een afzonderlijk fenomeen te beschouwen. In dit artikel spreek ik liever in het algemeen over medici (alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg met een wetenschappelijke vooropleiding) dan specifiek over tandheelkundigen.

2. Verheldering van enkele belangrijke begrippen

2.1. Nascholing, bijscholing en postacademisch onderwijs

Er bestaat in de praktijk nogal wat misverstand over het begrip 'postacademisch onderwijs', ook al omdat het vaak door elkaar wordt gebruikt met

de termen 'nascholing' en 'bijscholing'.

Postacademisch onderwijs staat als volgt omschreven in de Algemene Maatregel van Bestuur ter regeling van het postacademisch onderwijs (verder aangeduid als de Regeling P.A.O.): 'Het p.a.o. stelt hen, die een maatschappelijke betrekking bekleden of kunnen bekleden waarvoor in de regel een wetenschappelijke opleiding vereist is of dienstig kan zijn, in de gelegenheid zich te verdiepen in de ontwikkelingen in de wetenschappen met het oog op een zo goed mogelijke bekleding van die betrekkingen.'

De begrippen nascholing en bijscholing zijn niet officieel omschreven in de onderwijswetgeving, maar zijn wel terug te vinden in de doelstellingen van het postacademisch onderwijs.*)

a. P.a.o. is in verband met de ontwikkelingen in de wetenschap nodig voor het bijblijven op het vakgebied. Zo zullen tandartsen bijvoorbeeld op de hoogte moeten blijven van de nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de implantologie. In de praktijk wordt dit bijblijven op het vakgebied aangeduid met *nascholing*.

b. De ontwikkelingen in de maatschappij stellen telkens nieuwe eisen aan de beroepsuitoefening en maken daardoor verdieping en verbreding van kennis nodig. Zo zal een (tand)arts die een leidinggevende functie krijgt, b.v. in een ziekenhuis, zich tal van kenniselementen en vaardigheden eigen moeten maken die buiten zijn oorspronkelijk vakgebied liggen. In de praktijk noemen we dit *bijscholing*.

c. P.a.o. kan tevens dienen voor het verwerven van specialistische kennis en vaardigheden op basis van de voltooide vooropleiding (*specialisatie*).**)

Uit deze omschrijvingen (echte definities zijn het niet) kan de onderlinge relatie tussen de begrippen duidelijk worden gemaakt: postacademisch onderwijs omvat nascholing, bijscholing en verdere specialisatie.

*) Regeling Postacademisch Onderwijs, p. 16.

***) Voor de volledigheid zij nog opgemerkt dat de opleiding tot medisch specialist niet wordt gerekend tot het postacademisch onderwijs.

In de discussie over verplicht of vrijwillig p.a.o. zal het element specialisatie nooit een echte rol kunnen vervullen: het is immers niet goed mogelijk en weinig zinvol om een medicus te verplichten zich verder te specialiseren. In dit artikel wordt daarom ook voortaan gesproken over verplichte of vrijwillige na- en bijscholing.

2.2. *Wettelijke vormgeving van het postacademisch onderwijs*

De Wet op het wetenschappelijk onderwijs en de Regeling P.A.O. geven de kaders aan voor het postacademisch onderwijs. De organisatie van het p.a.o. wordt in handen gelegd van publiekrechtelijke organen, de verzorging van p.a.o. (het geven van p.a.o.-cursussen) is een taak van de universiteiten en hogescholen en de kosten van het p.a.o. worden – in de regel – gedragen door de cursisten. Voor het p.a.o. tandheelkunde is inmiddels zo'n publiekrechtelijk orgaan opgericht, waarin naast de vijf universiteiten met een subfaculteit tandheelkunde ook de Maatschappij Tandheelkunde en de Nederlandse Vereniging van Tandartsen participeren.

Belangrijk is in dit verband nog, dat de p.a.o.-wetgeving uitdrukkelijk geen algemene regels stelt omtrent het verplichtstellen van na- en bijscholing. Dit dient, zo het nodig wordt geacht, te gebeuren in de wetgeving die de desbetreffende beroepsuitoefening regelt; de BIG-wet is daarvan een uitstekend voorbeeld. Alle eventuele bepalingen omtrent inhoudelijke vormgeving van verplicht medisch p.a.o. en bijbehorende sanctiebepalingen dienen dan ook op die wet gebaseerd te worden.

2.3. *Vormen van postacademisch onderwijs*

Veruit de meest bekende en meest voorkomende vorm van postacademisch onderwijs is de cursus: een afgerond stuk onderwijs dat gedurende een beperkte periode aan een beperkte groep mensen wordt gegeven en waarbij diverse methoden van kennisoverdracht en training in onderlinge afwisseling kunnen worden gebruikt. Na- en

bijscholing hoeft bepaald niet altijd de vorm van een p.a.o.-cursus aan te nemen. Er zijn waarschijnlijk heel wat medici die hun kennis redelijk op peil kunnen houden door het lezen van vakliteratuur, al of niet aangevuld met wetenschappelijke congressen, regelmatige bijeenkomsten met vakgenoten e.d. Er zijn weinig redenen om aan te nemen dat deze vorm van na- en bijscholing in het algemeen minder resultaat op zou leveren of minder efficiënt zou zijn dan het volgen van cursussen. Diverse onderwerpen die bij na- en bijscholing van belang zijn lenen zich uitstekend voor individueel gerichte literatuurstudie; bovendien speelt de puur persoonlijke voorkeur of afkeur voor bepaalde vormen van kennisoverdracht een belangrijke rol. Bij de afweging van verschillende modellen van vrijwillige en verplichte na- en bijscholing komt dit punt nog terug.

3. *De prikkel tot na- en bijscholing: drie modellen*

3.1. *Inleiding*

In de omschrijving van het begrip postacademisch onderwijs wordt het p.a.o. gezien als een middel om een doel te bereiken: het zo goed mogelijk bekleden van betrekkingen waarvoor een wetenschappelijke opleiding vereist is of dienstig kan zijn. Of, anders gezegd, na- en bijscholing dient voor het op peil houden en optimaliseren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Onder kwaliteit van de beroepsuitoefening wil ik dan verstaan: de kennis en kunde die een medisch beroepsbeoefenaar bezit en toepast, gemeten naar de eisen die wetenschap en samenleving daaraan stellen.

Die eisen evolueren juist in de gezondheidszorg nogal snel; de ontwikkelingen in de medische wetenschap zorgen ervoor dat de in de oorspronkelijke opleiding opgedane kennis al spoedig verandert. Wordt die kennis niet regelmatig aangevuld dan gaat de kwaliteit van de beroepsuitoefening in relatieve zin achteruit. Wil een arts of een tandarts zijn patiënten zo goed mogelijk hulp bieden dan zal hij van alle ontwikkelingen die voor zijn beroepsuitoefe-

ning van belang zijn op de hoogte moeten blijven.

De tandarts, de medische beroepsbeoefenaar in het algemeen moet dus aan na- en bijscholing doen om de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening op peil te houden of zelfs te verbeteren.

In principe is het mogelijk dat geheel aan hem of haar zelf over te laten. De medicus bepaalt dan zelf of hij aan p.a.o. doet, welke (vormen van) na- en bijscholing hij wil volgen, wanneer en bij wie hij dat doet en hoeveel geld hij er voor over heeft.

Het zal duidelijk zijn dat dit volstrekt liberale model het gevaar inhoudt dat al snel grote verschillen gaan ontstaan in 'nascholingsgraad' tussen de verschillende medici. Onherroepelijk zal een deel van de medici om uiteenlopende redenen (te weinig tijd, niet bereid een financieel offer te brengen, onmogelijkheid om de praktijk te laten waarnemen) weinig of geen p.a.o. volgen. Bij deze medici daalt derhalve – alweer in relatieve zin – de kwaliteit van hun beroepsuitoefening. Er moet dus een mechanisme, een prikkel gevonden worden om ervoor te zorgen dat alle of in ieder geval zo veel mogelijk medici regelmatig aan na- en bijscholing doen.

In feite is de discussie over de vrijwillige of verplichte na- en bijscholing terug te voeren op de vraag: welke prikkels kunnen en mogen worden gebruikt om medici aan te zetten tot het volgen van na- en bijscholing.

3.2. *Soorten prikkels*

In veel maatschappelijke sectoren vormt het arbeidsmarktmechanisme een belangrijke prikkel tot na- en bijscholing. Alle werkzame academici hebben te maken met afnemers van hun diensten: werkgevers of cliëntèle. De afnemers nemen de diensten van een academicus niet meer af of verminderen die afname op het moment dat zij in de gaten hebben dat die academicus zijn kennis onvoldoende aanvult; zij kunnen – althans bij een goed functionerende arbeidsmarkt – zijn diensten vervangen door die van een ander.

Dit is een zeer grove omschrijving van de arbeidsmarktprikkel; in de praktijk

verloopt dit proces natuurlijk veel subtieler en spelen allerlei voor dit artikel niet terzake doende problemen een grote rol.

In een groot deel van de gezondheidszorgsector werkt dit mechanisme echter niet. Veel medici zijn in feite zelfstandig ondernemer en hebben dus geen werkgever. Hun cliëntèle – de patiënten – is bovendien niet in staat via het vrije spel van vraag en aanbod op de dienstenmarkt de optimale kwaliteit van de beroepsuitoefening af te dwingen. Patiënten hebben immers in het algemeen weinig informatie over medische kwesties. Ook ontbreken hen dikwijls de mogelijkheden naar een andere leverancier van medische diensten over te stappen en ontbreken hen in de meeste gevallen de kennis om de kwaliteit van de diensten van verschillende leveranciers in absolute zin te waarderen of in relatieve zin te vergelijken.

Om deze redenen zal een drijfveer moeten worden gevonden om ervoor te zorgen dat medici met een zekere regelmaat hun kennis op peil brengen. Rekening houdend met de mogelijkheden die door (wettelijke) inrichting van het gezondheidszorgsysteem en de onderwijsstructuur worden geboden, kan dan aan drie soorten prikkels worden gedacht:

- a. de medicus bepaalt zelf hoe, wanneer en waar hij welke na- en bijscholing wil volgen, maar er worden, uitgaande van die vrijwilligheid, diverse maatregelen genomen om de deelname aan na- en bijscholing gemakkelijker te maken (kort gezegd: het '*geleide-markt-model*');
- b. de medicus volgt na- en bijscholing op basis van vrijwilligheid, maar wordt daartoe geprikkeld doordat hij, via een systeem van toetsing, regelmatig wordt geconfronteerd met de tekortkomingen in de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening (korthedshalve aangeduid met het '*toetsingsmodel*');
- c. de deelname aan regelmatige na- en bijscholing wordt verplicht gesteld (het '*verplichtingsmodel*').

Om deze drie 'prikkelmodellen' onderling te kunnen vergelijken moeten hun kenmerken eerst nader worden onderzocht.

3.3. *Het geleide-markt-model*

De na- en bijscholing van medici komt in dit model tot stand op basis van het marktmechanisme. Medici vragen naar de kennis die zij zelf nodig achten, faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, vakbladen, industrieën e.d. bieden kennis aan; waar vraag en aanbod elkaar ontmoeten wordt zoveel mogelijk aan het vrije spel der maatschappelijke krachten overgelaten.

De deelname aan na- en bijscholing is geheel vrijwillig.

Tot zover is dit het 'liberale' model, waarvan in de inleiding reeds werd geconstateerd dat het te weinig garanties biedt voor een voldoende deelneming aan na- en bijscholing. Dit vrije-marktmechanisme kan echter worden aangevuld met allerlei maatregelen die tot doel hebben om de toetreding van medici tot de nascholingsmarkt te vergroten. Deze maatregelen zijn op zich weer in drie categorieën te verdelen.

1. Maatregelen die het functioneren van het marktmechanisme verbeteren. Door het samenbrengen van vragers naar en aanbieders van na- en bijscholing in een geïnstitutionaliseerd kader kunnen activiteiten beter en sneller worden afgestemd op concrete behoeften en op elkaar en kunnen allerlei efficiëncymaatregelen worden getroffen, zoals bijvoorbeeld professionele ondersteuning van de nascholingsaanbieders, goede voorlichting aan de doelgroep e.d. Bovendien zijn de consumenten van de nascholing door bundeling van hun vraag wat minder afhankelijk van wat nascholingsproducenten wensen aan te bieden.

In feite is een publiekrechtelijk orgaan voor postacademisch onderwijs, zoals dat voor de tandheelkunde reeds is opgericht, een uitgesproken voorbeeld van zo'n geïnstitutionaliseerde na- en bijscholingsmarkt.

2. Maatregelen die het aanbod van p.a.o. stimuleren. Als up-to-date wetenschappelijke kennis alom wordt aangeboden is de kans groot dat de potentiële afnemer, de individuele medicus geïnteresseerd raakt en gaat onderzoeken of tussen het aanbod ook iets van zijn gading zit. In feite is dit niets anders dan een variant op het

aloude economische adagium dat ieder aanbod een vraag schept.

Bezitters van up-to-date kennis moeten dus worden gestimuleerd om die kennis aan te bieden. Vooral economische prikkels kunnen daarbij goed helpen (het verkopen van wetenschappelijke kennis kan geld of arbeidsplaatsen opleveren), maar ook een zekere maatschappelijke druk om kennis ter beschikking te stellen is zo'n aanbodstimulerende maatregel.

In de Nederlandse wetgeving met betrekking tot het postacademisch onderwijs zijn dergelijke maatregelen goed herkenbaar. Zo hebben universiteiten en hogescholen bij wet tot taak gekregen om p.a.o. te verzorgen; het principe dat de kosten van het p.a.o. worden vergoed door de cursisten maakt het voor de universiteiten en hogescholen bovendien aantrekkelijk om hun kennis aan te bieden.

3. Maatregelen die de vraag naar p.a.o. stimuleren. Hierbij moet worden gedacht aan zaken die het voor de individuele medicus aantrekkelijk maken om na- en bijscholing te volgen, of die althans zijn bezwaren daartegen wegnemen of verminderen. Voor de hand liggende voorbeelden van dergelijke maatregelen zijn het (kunstmatig) laag houden van de kosten van na- en bijscholing, het mogelijk maken dat die kosten worden doorberekend naar de cliëntèle, het organiseren van wederzijdse waarneming van praktijken. Ook het uitoefenen van een zekere (sociale) druk op medici om na- en bijscholing te volgen door beroepsorganisaties of vakgenoten kan als een vraagstimulerende maatregel worden gezien.

3.4. *Het toetsingsmodel*

Was bij het vorige model het uitgangspunt, dat de individuele medicus zelf bepaalt welke na- en bijscholing hij wil volgen, in het toetsingsmodel wordt dit principe vervangen. Hier bepaalt een instantie welke na- en bijscholing voor de individuele medicus gewenst zou zijn.

De werkwijze zou men in grote lijnen als volgt kunnen voorstellen. De individuele medicus of een groep van me-

dici wordt regelmatig getoetst op de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Voor alle punten waarop die kwaliteit niet voldoet aan bepaalde, van tevoren vastgestelde normen, wordt een nascholingsprogramma opgesteld om die lacunes op te vullen. Eventueel kan dat programma worden herhaald of aangevuld als bij een volgende toetsing opnieuw niet (geheel) aan de gestelde criteria wordt voldaan.

In dit toetsings-nascholingsproces zitten twee elementen die stimulerend kunnen werken om aan na- en bijscholing te doen. In de eerste plaats worden medici regelmatig met hun eigen tekortkomingen geconfronteerd; verwacht mag worden dat zij via na- en bijscholing zullen trachten die aanwijsbare tekortkomingen weg te werken. In de tweede plaats kan het specifiek op tekortkomingen gerichte karakter van de na- en bijscholing voor veel medische beroepsbeoefenaren drempelverlagend werken. Het gaat hier immers om direct op de beroepspraktijk gerichte kennis en vaardigheid; voor theoretische ballast is geen plaats. De medicus weet dat zijn tijd en geld goed zijn besteed.

In de meermalen genoemde BIG-wet is inmiddels de basis gelegd voor een (eventueel verplichte) regelmatige toetsing. Wie of welke instantie de individuele medicus gaat toetsen op de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening is nog onderwerp van studie. Er is al in enkele sectoren van de gezondheidszorg ervaring opgedaan met een systeem van intercollegiale toetsing, waarbij de individuele medicus wordt beoordeeld door zijn vakgenoten.*) Maar ook anderen kunnen bij de toetsing zelf of bij de vaststelling van de toetsingscriteria een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld (sub)faculteiten, ziekenhuizen, inspecties voor de gezondheidszorg op landelijk of regionaal niveau, en dergelijke. Dit vormt een discussie op zich, waarvan de uitkomst van groot belang kan zijn. Dit

*) In de Amerikaanse en Engelse tandheelkundige gezondheidszorg fungeren al op enkele plaatsen de zgn. Peer Review Committees waar tandartsen op onpartijdige wijze het werk van hun collega's beoordelen.

artikel gaat echter op die discussie verder niet in, omdat zij voor het goede begrip van het toetsingsmodel niet essentieel is.

3.5. *Verplichtingsmodel*

Het centrale kenmerk van het verplichtingsmodel ligt voor de hand: de individuele medicus bepaalt niet zelf of hij nascholing zal volgen, maar wordt – op straffe van een nader te bepalen sanctie – verplicht regelmatig aan na- en bijscholing te doen. Die verplichting kan twee kanten uitgaan.

De meest eenvoudige vorm van verplichting is die, waarbij de individuele medicus wel zelf kan bepalen welke na- en bijscholing hij zal volgen, mits hij maar aan gestelde criteria voldoet in termen van aantallen gevolgde cursussen, cursus-uren of andere controleerbare nascholingsactiviteiten.

Een meer subtielere vorm van verplichte na- en bijscholing bestaat uit een systeem waarbij de medicus dwingend wordt voorgeschreven dat hij aan een bepaalde na- of bijscholingsactiviteit moet meedoen om een geconstateerde tekortkoming aan te vullen. Omdat dit alleen kan bij enigerlei vorm van toetsing van de kwaliteit van de beroepsuitoefening is deze variant van het verplichtingsmodel niets anders dan het in paragraaf 2.4. beschreven toetsingsmodel met als extra dimensie dat de medicus verplicht wordt zich regelmatig te laten toetsen en in de noodzakelijk geachte nascholing te participeren. Uiteraard geldt ook hier dat dan nog een hele discussie gevoerd kan worden over de vraag wie de toetsing gaat uitvoeren.

Datzelfde geldt ook voor de vraag welke sancties worden gesteld op het niet voldoen aan de verplichting. Voor het moment zij verwezen naar hetgeen in paragraaf 2. reeds is gesteld: de sanctieregeling is een zaak van de wetgeving die de beroepsuitoefening regelt en hoort niet in de onderwijswetgeving thuis.

3.6. *Relaties tussen de drie modellen*

De drie hier beschreven modellen behoeven elkaar niet uit te sluiten.

De maatregelen die in het geleide-markt-model belangrijke stimuli kunnen zijn om na- en bijscholing te gaan volgen kunnen ook in het toetsingsmodel en het verplichtingsmodel worden toegepast. Vooral in het toetsingsmodel, waar deelname aan na- en bijscholing nog altijd op vrijwillige basis geschiedt, is het niet ondenkbaar dat het feitelijk meedoen van medici staat of valt met de extra maatregelen die worden genomen om die deelname aantrekkelijk te maken. Over de relatie tussen toetsingsmodel en de tweede verplichtingsvariant is reeds het nodige gezegd.

Het zal duidelijk zijn dat tussen de twee uitersten – de geheel vrije, liberale aanpak en het systeem van verplichte na- en bijscholing – meer theoretische modellen of varianten van modellen denkbaar zijn dan hier zijn beschreven. Het heeft echter weinig zin om hier naar volledigheid te streven; voor structurering van de discussie lijkt de gehanteerde indeling in drie hoofdmodellen voldoende.

4. *Afweging van modellen*

4.1. *Voor- en nadelen*

Het systeem van de door extra maatregelen gestimuleerde na- en bijscholing op vrijwillige basis (het geleide-marktmodel) komt veel voor. In feite functioneren bijna alle in Nederland werkzame organisaties voor postacademisch onderwijs op de verschillende vak- en disciplinegebieden op deze wijze. Aanbieders en afnemers nemen in beginsel gelijkwaardige posities in op deze p.a.o.-markten; in de praktijk blijken de vragers nogal eens afhankelijk te zijn van wat de aanbieders (in casu de faculteiten) nodig en mogelijk achten.

Deze vorm van vrijwillige na- en bijscholing kan, mits de deelname daaraan voldoende wordt gestimuleerd, zeer goede resultaten opleveren.

In Denemarken, waar men het p.a.o. tandheelkunde op deze manier ingericht heeft, bereikte men mede door diverse organisatorische maatregelen, financiële ondersteuning en (sociale) druk in 1978 een deelname van $\pm 70\%$

van alle tandartsen aan enigerlei vorm van georganiseerde na- en bijscholing. Door de veelvuldige contacten met cursisten verkrijgt men – zo is de ervaring daar – in de loop der jaren een goed zicht op de reële behoefte aan cursisten. Op den duur ontstaat er dan, zonder vorm van officiële toetsing, toch een relatie tussen de nascholing en de geconstateerde manco's in de beroepsuitoefening.

In het toetsingsmodel wordt de relatie tussen na- en bijscholing en tussen feitelijke en optimale (genormeerde) beroepsuitoefening veel directer gelegd. Dit model biedt dan ook enkele belangrijke voordelen boven het geleide-markt-model:

- door de regelmatige toetsing van de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening wordt de individuele medicus gestimuleerd om de geconstateerde lacunes in zijn kennis en vaardigheden op te vullen;

- de na- en bijscholing kan geheel worden gericht op die feitelijke lacunes, behoeft geen overbodige ballast te bevatten (waardoor bijvoorbeeld privébelangen van aanbieders geen rol meer spelen!) en kan waar nodig worden geïndividualiseerd;

- de toetsing van de kwaliteit van de beroepsuitoefening geeft ook aan waar andere middelen en methoden dan na- en bijscholing moeten worden ingezet om die kwaliteit te verhogen.

Daartegenover staan ook enige onmiskenbare nadelen:

- de individuele gerichtheid van dit na- en bijscholingsstelsel kan het in vele gevallen noodzakelijk maken dat met kleine cursusgroepen en nauwkeurig omschreven onderwerpen wordt gewerkt; dit zal veelal aanmerkelijk duurder zijn dan het opzetten van cursussen voor grotere groepen waarin meer algemene zaken aan de orde komen;

- het baseren van p.a.o. op toetsing van de kwaliteit van de beroepsuitoefening impliceert het creëren van een toetsende instantie die ongetwijfeld een eigen organisatorisch en administratief systeem zal ontwikkelen; uiteraard brengt dit de nodige extra kosten met zich mee terwijl ook het gevaar

van overorganisatie en bureaucratisering dreigt.

Verplichtstelling van na- en bijscholing roept in de eenvoudigste vorm (voldoen aan een aantal criteria betreffende te volgen aantallen cursussen of iets dergelijks) de nodige weerstanden op. De meest voor de hand liggende bezwaren zijn:

- het verplicht volgen van een aantal cursussen geeft absoluut geen garantie dat de medicus enig profijt heeft van de nascholing;

- omdat dit systeem alleen maar functioneert bij controle van individuele deelname aan officiële (cursus)activiteiten, kan geen of bijna geen rekening worden gehouden met niet-controleerbare maar wellicht veel doelmatiger individuele nascholingsactiviteiten (bijvoorbeeld literatuurstudie).

Het gevaar is niet denkbeeldig dat voor de individuele medicus op den duur de eis van het aantal gevolgde cursussen gaat overheersen en het feitelijke doel, de handhaving c.q. verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, uit het oog wordt verloren.

Stoelt men de verplichting echter op het toetsingsmodel – de na- en bijscholing worden gericht op de geconstateerde manco's in de beroepsuitoefening – dan komt het eerstgenoemde bezwaar juist weer geheel te vervallen. Ook het gevaar van een te grote nadruk op controleerbare gemeenschappelijke nascholingsactiviteiten wordt wat minder groot. De individuele medicus kan zich daar immers in beginsel aan onttrekken en volstaan met zelfstudie mits hij bij een volgende toets maar kan aantonen dat hij nu wel aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet. Het kan echter zijn dat de toetsende instantie er toch op staat dat het noodzakelijk geachte en op de getoetste medicus toegesneden nascholingsprogramma ook daadwerkelijk wordt gevolgd. In dat geval kunnen niet-officiële nascholingsactiviteiten niet worden gehonoreerd.

4.2. Conclusies en aanbevelingen

Bij afweging van de voor- en nadelen van de drie hoofdmodellen kunnen

de volgende voorzichtige conclusies worden getrokken.

1. De geheel vrije, liberale aanpak van het nascholingsvraagstuk geeft naar alle waarschijnlijkheid onvoldoende prikkels aan medici tot regelmatige na- en bijscholing. Coördinatie en afstemming van vraag en aanbod kan worden geïnstitutionaliseerd door oprichting van publiekrechtelijke organen voor p.a.o. zoals voor het terrein van de tandheelkunde reeds is gebeurd. Om een zo groot mogelijk deel van de medici op vrijwillige basis en naar eigen inzicht te laten meedoen aan na- en bijscholing zullen aanvullende maatregelen moeten worden genomen om het aanbod van na- en bijscholing en de mogelijkheid tot deelneming daaraan te vergroten.

2. Indien medici door een systeem van toetsing regelmatig worden geconfronteerd met de tekortkomingen in de kwaliteit van hun beroepsuitoefening dan kan dat voor hen een belangrijke stimulans vormen om na- en bijscholing te volgen. Dat deze na- en bijscholing direct kan worden gericht op de aangetoonde tekortkomingen, geeft een zekere garantie voor het zo efficiënt mogelijk gebruik van beschikbare nascholingscapaciteit en nascholingsgelden.

Om een zo groot mogelijk deel van de in aanmerking komende medici aan dit systeem van toetsing en nascholing te laten meedoen, moet echter dit model worden aangevuld met markt-structurende en vraag- en aanbodstimulerende maatregelen.

3. Verplichte na- en bijscholing is nodig indien – ondanks toetsing en/of stimulerende maatregelen – bij grote delen van de doelgroep van medici een kloof blijft of gaat bestaan tussen de kwaliteit van hun beroepsuitoefening en de eisen die vanuit professie en samenleving aan die beroepsuitoefening worden gesteld.

Een verplichtstelling die is gebaseerd op aantallen te volgen nascholingsactiviteiten geeft echter naar alle waarschijnlijkheid een suboptimaal rendement en zal in de praktijk op een forse weerstand stuiten. Verplichtstelling van toetsing en daaruit voortvloeiende

na- en bijscholing levert waarschijnlijk veel minder bezwaar op.

Voortbouwend op deze conclusies gaat mijn persoonlijke voorkeur op dit moment zeker niet uit naar verplichtstelling van postacademisch onderwijs voor medici.

Het is naar mijn mening de moeite waard eerst te kijken of het mogelijk is om de handhaving en verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bereiken via vrijwillige na- en bijscholing.

Het lijkt me echter niet voldoende om geheel te vertrouwen op de zelfstandige behoeftebepaling door de medici met eventuele stimulerende of drempelverlagende maatregelen; het zou nog wel eens zeer lang kunnen duren voordat zo'n systeem bevredigend opereert in die zin dat alle medici de benodigde na- en bijscholing volgen.

Het model van de nascholing dat is gericht op bij toetsing aangetoonde discrepanties tussen norm en praktijk biedt dan grote voordelen doordat het een belangrijke extra prikkel tot het volgen van p.a.o. vormt en – ondanks hogere kosten – efficiënter omspringt met mankracht en middelen. Mijn suggestie is dan ook om de na- en bijscholing van medici op dit model te enten; hoe daaraan in concreto vorm moet worden gegeven, kan in overleg tussen overheid en beroepsgroepen nader worden uitgewerkt. Het zal naar mijn

mening nodig blijven om extra stimuli in dit model in te bouwen om ervoor te zorgen dat een zo groot mogelijk deel van iedere beroepsgroep in de gezondheidszorg inderdaad deelneemt aan toetsing en na- en bijscholing.

Als echter na verloop van tijd blijkt dat bijvoorbeeld toch slechts 20% van de tandartsen regelmatig na- en bijscholing volgt, dan kan alsnog verplichtstelling worden overwogen.

Mijn voorkeur zou dan in eerste aanleg uitgaan naar de verplichting tot toetsing an sich; eventueel kan – als ook dat niet een afdoende prikkel blijkt te zijn – in uiterste instantie het daadwerkelijk volgen van geprogrammeerde na- en bijscholingsactiviteiten verplicht worden gesteld.

Summary:

Title: Post university education: voluntary and optional or compulsory and institutionalised?

Keywords: Post university education

Considering the rapid developments in medical know-how a regular additional training is necessary for all university-educated physicians and dentists. Purpose of this training is the upkeep and improvement of professional performance. To achieve regular additional training for as many physicians and dentists as possible additional incentives may be used, varying from stimulation of supply and demand to compulsory participation in a institutionalised system of post university education.

The author prefers a voluntary additional training, based on regular analysis of professional performance and aimed at elimination of proved

deficiencies. Probably some supplementary measures will be necessary for triggering physicians to participate in this procedure.

Only when this system proves insufficient should compulsory additional training, preferably also based on analysis of professional performance, be considered.

Geraadpleegde literatuur:

1. Algemene Maatregel van Bestuur ter regeling van het Postacademisch Onderwijs; Staatsblad 525 d.d. 2 september 1977.
2. *Bailit KL, Raskin MN.* Assessing quality of care and oral health in a population with dental assurance. *Inquiry* 1978; 15: 359.
3. *Baxter JAG.* Peer appraisal in Leicestershire Community Dental Service. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1983; 11:12.
4. *Dekkers F.* Patiëntenvoorlichting: De onmacht en de pijn. Baarn: Amboboeken, 1981.
5. *Eijkman MAJ, Riel CBM van, Dijk RJ van, T.G.V.O.,* de structuur van vraag en aanbod. Eindrapporten van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van W.V.C. Amsterdam: Vrije Universiteit en Leiden: rijksuniversiteit, 1983.
6. *Milgrom P, Weinstein P, Ratener P.* Quality assessment as a form of continuing dental education: changing dentist clinical performance. *J Am Dent Assoc* 1980; 101: 258.
7. *Visser Aph.* Voorlichting en ziekenhuispatiënten. *Tijdschr Soc Geneesk* 1982; 60: 6: 110.
8. Voorontwerp van een Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, uitgebracht door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne d.d. 4 mei 1981.

Februari 1983. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, dir. HW/AS, Postbus 20551, 2500 EN Den Haag.

ORTHODONTIE WEL OF NIET IN DE ALGEMENE PRAKTIJK

H. VAN BEEK

Trefwoorden: Orthodontie

Orthodontie, oftewel dento-maxillaire orthopedie, is in ons land een specialisme van de tandheelkunde. Tevens is de algemeen-practicus bevoegd de orthodontie te bedrijven.

Zoals bij vergelijkbare situaties in de geneeskunde is de terreinafbakening een bron van discussie. De noodzaak

van verwijzen zal door de groep van specialisten en de groep van tandartsen verschillend worden beoordeeld, en ook binnen de groepen heerst verschil van mening.

Welke afwijkingen moeten worden behandeld, tot in welke graad van perfectie, wat kan de tandarts, welke baat

Samenvatting:

Over de wenselijkheid van het bedrijven van de orthodontie in de algemene praktijk wordt verschillend gedacht. De meest gangbare argumenten worden naar voren gebracht en geanalyseerd. Er is sprake van een persoonlijke visie van een orthodontist.

heeft de patiënt van een behandeling, wat wenst de patiënt, wat zijn de risico's, wat zijn de kosten: deze vragen staan centraal bij de ontrafeling van het probleem.