

poetst, is dit niet verwonderlijk. Indien de tanden 's ochtends wel waren gepoetst, betekent dit dat de kinderen hun tanden beter kunnen reinigen dan zij feitelijk doen. Het was evenwel niet vast te stellen of de kinderen 's ochtends hun tanden hadden gepoetst.

Indien de reinheid van de mond wordt gezien als expressie van de belangstelling en/of zelfzorg voor het eigen gebit is het opvallend en teleurstellend te moeten constateren dat er nauwelijks verandering is opgetreden tussen 1969 en 1981. Dit zou kunnen betekenen dat bij de onderzochte kinderen en hun verzorgers de belangstelling en/of zelfzorg voor het eigen gebit niet is toegenomen. Indien men stelt dat deze wel zijn toegenomen dan heeft noch meer belangstelling noch meer zelfzorg voor het gebit geleid tot een schonere mond.

De resultaten en de conclusie van dit onderzoek betreffen alleen de labiale vlakken van de frontelementen. Het is echter niet waarschijnlijk dat de uitkomst voor de molaren anders zou zijn. Verwacht mag worden dat de frontelementen in het algemeen schoner zijn dan de molaren.

Tot slot kan worden gesteld dat het afnemen van cariës bij de jeugd in Nederland tussen 1969 en 1981 niet kan worden toegeschreven aan een betere reiniging van de mond. Het tandenborstelen speelde vermoedelijk hierbij wel een rol. Immers tandenborstelen betekent het gebruik van tandpasta en door het toegenomen gebruik van fluoridetandpasta is er mogelijk een continue toevoer van fluoride naar de tandplaque ontstaan, waardoor het cariësproces wordt geremd.

De auteurs betuigen hun dank aan de schoolbesturen en -hoofden die toestonden het onderzoek op hun school te verrichten, de studenten Tandheekkunde die op de scholen het onderzoek mede hebben uitgevoerd en de heer A. Drost voor zijn hulp bij de uitwerking van de gegevens.

#### Summary:

Title: The amount of plaque in 11-year-old children before and after toothbrushing in 1969, 1971 and 1981.

Keywords: Epidemiology – Plaque – Tooth brushing

The cariesexperience in Dutch children has decreased during the last decade. Better home care could be one of the explanations for this phenomenon. The aim of the present study was to learn whether the children have cleaner teeth nowadays compared to 10 years ago.

In 1969 and 1971 the amount of plaque on the 12 front teeth was recorded in 600 schoolchildren in the fifth form of the primary school before and after tooth brushing (Backer Dirks et al., Ned Tijdschr Tandheelkd 1976; 83: 115). This procedure was repeated in 1981 in the same schools. Large amounts of plaque were found in the children before brushing (mean score per tooth: 1969: 2.7, 1971: 2.9 and 1981: 2.5) and although tooth brushing decreased these amounts (mean score per tooth after brushing: 1969: 1.6, 1971: 2.1 and 1981: 1.7), it was obvious that effective tooth brushing is not performed in this age group.

Comparison between 1969, 1971 and 1981 indicates that the amount of plaque both before and

after brushing had not decreased in those 10 years. It is, therefore, concluded that toothbrushing was not a major factor in the reduction in cariesexperience.

#### Literatuur:

1. Kalsbeek H. Evidence of decrease in prevalence of dental caries in The Netherlands: an evaluation of epidemiological caries surveys on 4-6 and 11-15 year old children, performed between 1965 and 1980. *J Dent Res* 1982; 61 (sp.iss): 1321-6.
2. Kalsbeek H. Het effect van T.G.V.O.-projecten bij de preventie van tandcariës. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 106-17.
3. Zielhuis GA. Medicijngebruik bij schoolkinderen in het zuiden van Nederland. *Tijdschr Soc Geneeskd* 1982; 60: 60-7.
4. Van Loveren C. Fluoride bij voorkomen en genezen van tandcariës. Samenvatting van een voordracht ter gelegenheid van de Universiteitsdag R.U.U. Utrecht, 1982.
5. Backer Dirks O. Fluoride. In: Preventie tandheelkunde. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen B.V., 1979: 176-214.
6. Marthaler TM. Explanations for changing patterns of disease in the Western World. In: *Cariology* 1983. Basel: S. Karger, 1984: 13-23.
7. Statistisch zakboek. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981: 306.
8. Backer Dirks O. Toespraak ter gelegenheid van de opening van het 31e ORCA Congres 1984.
9. Backer Dirks O, Van West HA, Van der Sanden-Stoeltinga MSE. IV. Onderzoek naar het effect van de voorlichtingscampagne actie 'Gezond Gebit' te Ede. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1976; 83: 115-20.
10. Pilot T. Een reproduceerbare methode ter beoordeling der mondhygiëne. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1968; 75: 602-14.
11. Nuttall NM, Paul JWMcK. The analysis of interdentist agreement in cariesprevalence studies. *Community Dental Health* 1985; 2: 123-8.
12. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
13. Siegel S. Nonparametric statistics for behavioral sciences. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha Ltd. International student edition, 1956.

Februari 1986.

Sorbonnelaan 16,  
3584 CA Utrecht.

## MENINGEN

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

## HET EINDRAPPORT ADVIESCOMMISSIE OPLEIDING TANDARTS

L. J. A. VAN SCHIJNDEL

Trefwoorden: Onderwijs – Sociale tandheekkunde – Beroepsbeeld – AOT-rapport

### 1. Inleiding

De 'Adviescommissie Opleiding Tandarts' (AOT) heeft haar eindrapport uitgebracht. Daarin zet zij lijnen uit, waarlangs de tandheelkundige zorgverlening zich – naar haar inzichten – tot in de verre toekomst zal ontwikkelen. Op deze verwachtingen baseert zij haar advies. Haar perspectief reikt

tot de jaren twintig in de volgende eeuw. Het rapport is een studie van 85 bladzijden met 15 bijlagen van 99 bladzijden, waarin ook de drie interimrapporten zijn opgenomen. Een dergelijk werkstuk kan van beslissende invloed zijn voor het toekomstige overheidsbeleid ten aanzien van die zorgverlening, voorts voor de taak en functie van de tandarts c.s. daarin en niet

in de laatste plaats voor het universitaire tandheelkundig onderwijs.

De beide eerste interimrapporten kwamen op deze plaats reeds eerder aan de orde.<sup>1,2</sup> In deze kolommen zal met het eindrapport ook het derde interimrapport aandacht krijgen. Wat de commissie ertoe heeft gebracht de rapportage van haar werkzaamheden in de gegeven volgorde wereldkundig te maken is nog steeds onduidelijk. Logisch zou zijn geweest om eerst een studie te wijden aan de vraag en vooral aan de behoefte aan zorg binnen de bevolking, vervolgens aan te geven welke soorten dienstverlening daarin zouden moeten voorzien en tot slot te adviseren over de hoedanigheid en de aantallen op te leiden werkers. De thans gevolgde weg komt de homogeniteit en de geloofwaardigheid van het eindprodukt niet ten goede. Ernstiger is dat de thans geboden opzet strijdig is met de taakomschrijving die door de minister en de staatssecretaris aan de commissie werd verstrekt (bijlage 1 en 2).

Het zou te ver voeren het rapport op de voet te volgen. Een volledige analyse, hoe zinvol misschien ook, zou beslag leggen op een complete aflevering van dit tijdschrift. Wij zullen ons noodgedwongen beperken en ons in het commentaar bezighouden met een aantal bestanddelen van het rapport.

## 2. Algemene opmerkingen

Het rapport heeft het karakter van een studie. Er kan dus geen absolute betekenis aan worden gehecht. Het had dus ook beter als een studie gepresenteerd kunnen worden. Een aantal factoren is bijeengebracht, dat voor de tandheelkundige gezondheidszorg van principieel belang is, een onderlinge samenhang heeft en voor de toekomst richtinggevend kan zijn. Zowel naar vorm als naar inhoud is een discussiestuk geproduceerd, dat allereerst in de professie en in het onderwijsveld besproken zou moeten worden.

Wanneer de staatssecretaris na ontvangst van het Tweede Interimrapport vraagt in een volgend rapport gewag te maken 'van de reacties tot welke uw aanbeveling terzake in het beroepsveld aanleiding heeft gegeven', dan hecht hij daar ook grote waarde aan. Dat licht hij ook toe (bijl.7). In het derde rapport van de commissie is hierover niets terug te vinden (bijl.8). Het kan zijn dat er, behoudens de schrale opsomming (par.2.5.), geen zijn geweest, wat onwaarschijnlijk is. Ook is het mogelijk dat zij verwerkt zijn. Het zou bijgedragen hebben tot de geloofwaardigheid van dit derde AOT-rapport, wanneer uit de tekst iets hiervan zou zijn gebleken.

## 3. Het 'teamconcept'

Het 'teamconcept' (par. 3.5.2. en 3.5.3.) houdt in het samenwerken van willekeurige aantallen tandartsen, mondhygiënist en assistenten met ondersteuning van tandtechnische laboratoria. Binnen grotere teams kunnen aandachtsvelden binnen de tandheelkunde onderling verdeeld worden naarmate gespecialiseerde kennis en vaardigheden onder de leden aanwezig zijn. In beginsel is er weinig reden de commissie hierin niet te volgen. De nadere omschrijving van hetgeen haar hierbij voor ogen staat doet bedenkingen rijzen. Het moet haar toch bekend zijn dat de Nederlandse tandarts reeds jaar en dag gebruik maakt van de diensten van tandtechnische laboratoria en van een of meer (stoel)assistenten; ook de mondhygiënist vindt geleidelijk een plaats in de praktijken. Groepspraktijken van meer tandartsen met ondersteuning komen ook steeds veelvuldiger voor, indien althans de behoefte aanwezig is. Het is een spontane en logische ontwikkeling die bepaald géén rigide maatschappelijke structuren nodig heeft. Er is voor-

alsnog geen reden om aan te nemen dat een intelligente en bovendien academisch opgeleide beroepsgroep niet bereid en in staat zou zijn op eigen kracht optimaal te functioneren zonder bemoeienis en dwang van de overheid.

De in het rapport geschilderde papieren concepten doen wat wereldvreemd aan en passen niet in een samenleving van deze tijd. Zij hebben een autoritaire inslag. Te meer als de beschreven effecten ook nog getoetst zullen worden met mogelijke repressieve gevolgen: een beperkte geldigheidsduur van de inschrijving in het register voor de toelating voor uitoefening van het beroep (par. 5.3.5., 7.4.1.4. en 9.7.4.). Van een persoonlijke relatie tandarts-patiënt, een van de meest wezenlijke en aantrekkelijke kanten van het beroep, blijft zo weinig of niets over. Een 'team' ontstaat het best in een vrije maatschappij met vrije ontplooiingsmogelijkheden van vrije beroepsbeoefenaren. Wil men dat niet, dan is het beter te streven naar een volledig ambtelijke status in een volksgezondheidszorg. In hoeverre een dergelijke opzet aan de zorgbehoefte en de kwaliteit ten goede komt is een onderzoek waard. Een politieke filosofie lijkt aan de geboden uitwerking van het teamconcept niet vreemd. Doorgetrokken naar het onderwijs lijkt indoctrinatie van studenten in die zin ongewenst; zij hebben immers geen keus.

## 4. 'De gewogen gissing' - Kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van de zorg

Een belangrijke bron voor de aspecten die hier beschreven worden is te vinden in het derde interimrapport van de commissie 'Invloedsfactoren met betrekking tot de tandheelkundige zorg'. Wat het kwantitatieve aspect aangaat is het kardinale punt, dat de schrijvers van het rapport vrijwel volledig in het duister tasten door het ontbreken van harde epidemiologische gegevens. Het ware beter geweest indien de uitkomsten van het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek, het L.E.O.-project, waren afgewacht, dat de Nijmeegse Subfaculteit in samenwerking met TNO onderneemt. Hierin vormen de prevalentie van afwijkingen, de objectieve en subjectieve behandelingsbehoefte en attitudes en opinies bij het publiek de doelstelling van het onderzoek; kennis waaraan de commissie zoveel behoefte had om tot serieuze uitspraken te kunnen komen. Zij beseft dit ook wel. Lezen wij goed dan komt de commissie tot de slotsom dat de werkbelasting van de tandarts op zestien onderdelen groter wordt.

Voor de lezer die niet over het onderhavige AOT-rapport kan beschikken volgt hier een korte samenvatting. De toeneming van de kennis van tandheelkundige afwijkingen vergt een betere en vollediger diagnostiek, terwijl een ruimer geïnformeerd pub-

liek meer eisen stelt aan de voorlichting door de tandarts en zijn medewerkers. Effectieve preventieve zorg leidt tot meer en betere restauratieve hulp - ook in de traumatologie - en tot zorgbehoefte voor cariës en parodontopathiën tot op hoge leeftijd. Toch zal ook de prothetische hulp daardoor meer aandacht vragen. De behandeling van de meer eenvoudige orthodontische en kaakchirurgische afwijkingen zal zich deels naar de algemeen-practicus verplaatsen. Complicerende factoren op medisch terrein, zoals hepatitis B en AIDS, voorts de zorg voor chronisch zieken, de gerodontologie, fobieën, zorgachterstand bij etnische minderheden, meer geavanceerde gehandicaptenzorg, zowel intra- als extramuraal: dit alles kan slechts taakverzwaring tot gevolg hebben (par. 4.). Vooropgesteld zij dat de randvoorwaarden gunstig zijn en dat volledige tandheelkundige hulp beschikbaar komt zonder belemmering door repressieve financieringsstructuren. Veel hoop daarop leeft er bij de commissie blijkbaar niet, want zij komt 'tot de *gewogen gissing* dat invloeden die de vraag beperken respectievelijk verruimen elkaar ongeveer in evenwicht kunnen houden' (par. 4.3.). Een vagere formulering is bijna niet mogelijk. Voor een zuinige bewindsman een rustgevende conclusie, voor de professie een pijnlijke ervaring. Wat moet zij aan met haar toenemende kennis en vaardigheden binnen een bevolking die dank zij voorlichting en preventie een steeds hogere graad van mondgezondheid eist.

In dit licht bezien doet de vanzelfsprekendheid waarmee in bijlage 13 de gemiddelde protheseleeftijd wordt geacht te liggen tussen 44 en 65 jaar, zijnde een 'redelijk haalbare situatie' hoogst merkwaardig aan. De toelating van de 'eventuele tandprothetische medewerker' laat in het rapport een wat navrante indruk na.

Wanneer de AOT zich gaat bezighouden met de te verwachten vraag naar tandheelkundige zorg, gaat zij uit van het aantal contacten met de tandarts volgens gegevens van de ziekenfondsen, IZA-verzekerden en C.B.S.-enquêtes. De laatste instelling komt op basis van steekproeven tot de slotsom dat in 1985 18,7 miljoen contacten met de tandarts zullen plaatsvinden door 8,8 miljoen mensen (61% van de bevolking) (par. 7.2.). Op grond van demografische prognoses besluit de AOT dat het aantal contacten in de komende 40 jaar (sic) gelijk zal blijven. De argumenten zijn uitermate pover. De commissie erkent dat de gemiddelde protheseleeftijd zal stijgen met de grotere waardering voor het eigen gebit. Maar wat te denken van de effecten van Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, van preventie, van de stijging van de aantallen 'gesaneerden', van de toegenomen kennis bij de bevolking

van de mogelijkheden van de tandheelkundige zorg in diezelfde komende 40 jaar. Merkwaardig doet de uitspraak aan, dat het volume van de werkzaamheden van de mondhygiënist – thans 10% op grond van de ziekenfondsdeclaraties – de komende 25 jaar met 2% per 5 jaar zal stijgen (par. 7.2.2.). Welke voorstelling van klinische zorg de AOT hierbij voor ogen staat is in nevelen gehuld. Een onderzoek bij particuliere praktijken zou wel eens een geheel ander beeld kunnen geven. Kortom, bij gebrek aan epidemiologische gegevens is iedere prognose over het volume van de zorg een slag in de lucht en vormt géén basis voor serieus beleid.

Sprekend over de kwaliteit van de zorg komt de commissie niet verder dan het intrappen van open deuren. Erger is, zij meldt: 'De verschillende vormen van rechtspraak, te weten: strafrechtspraak, civiele rechtspraak, medisch tuchtrecht en NMT-rechtspraak, werken (ten dele) kwaliteitsbevorderend' (par. 5.3.6.). Hoe durft een commissie, die zichzelf en deze professie respecteert, zoiets te noteren. Het is beledigend voor iedere serieuze collega om nog maar te zwijgen over het scheppen van vertrouwen bij overheden en onderhandelingspartners.

##### 5. De tandarts van de toekomst

Van een ministeriële commissie die het tandheelkundig onderwijs bestudeert zou in redelijkheid verwacht kunnen worden, dat zij zich een beeld heeft gevormd van de tandarts en de zorgverlening rond het jaar 2000; zeker als zij haar scherpe blik richt op een ontwikkelingsperiode van soms 40 jaar. Een visie dus over de ontwikkeling van zijn maatschappelijke status en toerusting tegen de achtergrond van de thans bereikte wetenschappelijke verworvenheden. Niets van dat al! Niets over een destijds kleine beroepsgroep, die zich tot ± 40 jaar geleden nog bezighield met de behandeling van de 'happy few' en zich hier en daar verwaardigde 'on- en minvermogen-den'-te behandelen. Niets over een inspanning die de schaars bemande tandheelkundige gezondheidszorg in de naoorlogse jaren – zij het dan vaak met de extractietang – ten goede deed komen aan de van de ene dag op de andere plotseling verzekerde bevolking. Met een zekere trots mag zij vaststellen dat een 'gezonde mond' thans voor iedere Nederlander tot op hoge leeftijd tot de reële mogelijkheden behoort. Het gehanteerde begrip 'mondgezondheid' heeft echter een bepaalde lading. Een 'gesaneerd' gebit en een gezond parodontium vormen daarvan slechts een onderdeel. Het zou goed zijn eens een inventariserend onderzoek te doen naar alle stoornissen en ziekten die de gezondheid van de mond belagen en het welbevinden van de patiënt/cliënt aantasten en bijgevolg voor behan-

deling door de tandarts in aanmerking komen. Tot op de dag van vandaag neemt het overgrote deel van de tandartsen géén uitgebreide anamnese op en bedrijft dus ook géén daarop aansluitende diagnostiek. Slechts die afwijkingen worden geregistreerd die voor behandeling voor rekening van ziekenfondsen en dergelijke in aanmerking komen. Voor de overige afwijkingen of klachten is de huisarts of de medisch c.q. tandheelkundig specialist beschikbaar, indien althans de patiënt daarom vraagt. Wij denken hierbij onder meer aan aandoeningen van de slijmvliezen, inclusief de keel, aan de kaakholten, aan neurologische aandoeningen van het trigeminusgebied, klachten van het kaakgewricht al dan niet berustend op functiestoornissen, fobieën en zo meer. Dit gehele gebied van de diagnostiek wordt overgelaten aan andere disciplines, de huisarts, KNO-arts, kaakchirurg en anderen. Indien de tandarts al dan niet in 'team'-verband terecht zijn takenpakket verlicht door het overlaten van werkzaamheden aan de mondhygiënist en de tandtechnicus, dan moet hier tegenover een verruiming staan met taken die meer liggen op het terrein van een academicus. Werken volgens het 'teamconcept' met een beperkt takenpakket als de ziekenfondsen toestaan behoeft nauwelijks een universitaire scholing. Daarvoor is een h.b.o.-opleiding van enige klasse zeker voldoende. Ook daar wordt de eenvoudige – zo nodig geachte – bedrijfskundige scholing inclusief de personal computer onderwezen (par. 6.2.5.).

Het stemt droevig dat de commissie, denkend aan de komende eeuw, met zo weinig verbeeldingskracht een beroepsbeeld heeft geconcipieerd, zoals zij ons in dit rapport – nog wat vaagjes – presenteert. Men kan zich niet verschuilen achter de huidige financieringsstructuren voor de tandheelkundige zorg. Deze zijn een halve eeuw oud en stammen nog uit het tijdperk van de schaarste aan tandartsen en geld en van de 4-jarige opleiding. En wat het onderwijs aangaat – want daarop is het rapport toch gericht – een tandarts opleiden dient te geschieden met een ruime doelstelling en een volledig pakket van kennis en vaardigheden. Zo moeilijk is dit vak nu ook weer niet, dat alles wat naar specialistische kennis neigt afgestoten moet worden naar het PAOT.

Wat wel in de lijn der verwachting lag was een schets van een toekomstig beroepsbeeld, dat logischerwijs zou voortkomen uit een ontwikkeling van bijvoorbeeld de laatste 80 jaar. Dit zou aansluiting moeten vinden bij de vorderingen op wetenschappelijk gebied en de steeds hogere eisen van de samenleving van de toekomst. Niet dit beeld van verschraling en verarming tot een werker in een repressief systeem.

##### 6. Het vrije beroep

Het AOT-rapport overdenkend doet zich de vraag voor, waarom het zover moet komen dat zich binnen een beroepsgroep als die van de tandartsen een filosofie ontwikkelt die een aantal aspecten van deze professie geweld aandoet. Het academische karakter houdt onder meer in een vorm van geestelijke vrijheid en een verantwoordelijkheidsbesef tegenover zichzelf en de ander, zelfstandige besluitvorming en een ethische bewustwording. Dit zijn karaktertrekken die zich moeilijk laten meten, maar die zich niet laten rijmen met de dirigistische, ja zelfs dwangmatige tenor die spreekt uit de opvattingen van de AOT. Het lijkt er sterk op dat zij weinig vertrouwen wenst te investeren in de beoefenaren van dit beroep. Een beperkte geldigheid van het tandartsdiploma gekoppeld aan het 'team-concept', plaatst de tandarts onder curatele van controlerende instanties, waarover verder in het rapport wordt gezweven. Wat het onderwijs aangaat, dat is meer dan het leren van een vak. Het houdt eveneens in de student te doordringen van een complex van begrippen als boven aangeduid, geestelijke vorming dus.

De opvattingen van de Adviescommissie Opleiding Tandarts zijn niet van deze tijd, waar allerwege juist gestreefd wordt meer een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van de mens: van de hulpverlener én van de hulpzoekende. Tot slot moet de conclusie luiden dat de commissie weinig zicht toont op toekomstige wetenschappelijke ontwikkelingen. Het AOT-rapport is een moedige maar mislukte onderneming. Wij hopen dat de betrokken bewindsman een zelfde conclusie trekt.

##### 7. Enige slotopmerkingen en conclusies

- a. Het vrijwel volledig ontbreken van betrouwbare epidemiologische gegevens over de (latente) behoefte aan tandheelkundige zorg vormt een uiterst wankele basis voor het rapport van de AOT. De ingenomen standpunten gaan mank aan wetenschappelijke ondersteuning.
- b. Het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek, het L.E.O.-project, dat door de Nijmeegse Subfaculteit in samenwerking met TNO is opgezet en dat tot doel heeft de prevalentie van aandoeningen in de mond, benevens de subjectieve en objectieve behoefte aan behandeling vast te stellen, terwijl ook attitudes en opinies van 3500 probanten worden geregistreerd, dit onderzoek zou een goed uitgangspunt voor een AOT bieden.
- c. Een definitie van wat de commissie verstaat onder 'mondgezondheid' zou het rapport aan duidelijkheid doen winnen. Is dit een absoluut begrip of een relatieve gesteldheid, die mede afhankelijk

- is van randvoorwaarden zoals bijvoorbeeld de financiering?
- d. De budgettaire consequenties van tandheelkundige zorgverlening op jaarbasis staan in rechtstreeks verband met het rendement: de duurzaamheid van die zorg. Nooit is dit rendement in de zo 'duur' geachte particuliere praktijken onderzocht.
- e. Waaruit moet blijken dat het tandheelkundig onderwijs, zoals dat tot dusver geboden werd, een onvoldoende voorbereiding vormt voor het functioneren van de tandarts in de samenleving? Niets is onderzocht, geëvalueerd, getoetst! Waaruit blijkt dat het 'teamconcept' een beter uitgangspunt is voor dit zelfde doel? Alleen de bewering van enige individuele personen.
- f. Het wetenschappelijke karakter van de opleiding is niet terug te vinden in de taakstelling van de 'team-tandarts'. Het beschreven 'teamconcept' krijgt gezien de betekenis onnodig veel aandacht. Het heeft een repressief, dirigistisch karakter.
- g. Wetenschappelijk onderwijs dient zeker ook voor te bereiden op het bekleden van een maatschappelijke positie. Het wetenschappelijke karakter vereist onafhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid van de onderwijsgevende staf, evenals van de onderzoeker, en geen ondergeschiktheid aan maatschappelijke zorgverleningsstructuren.
- h. Uit het Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid van 1977 wordt uitvoerig geciteerd. De vermelde uitspraken zijn uiterst aanvechtbaar en niet ondersteund door enige bewijsvoering. Wij zullen er hier vanaf zien deze nader te kwalificeren. Het is triest te moeten constateren dat dit soort rapporten een eigen leven gaat leiden (par. 6.1., bijlage 1, pag. 2). Ook het rapport van de AOT vormt een droefstemmende mijlpaal in de ontwikkeling van de Nederlandse tandheelkundige veertig jaar na de onderwijshervorming van 1947.

- i. De doelstelling van het academisch tandheelkundig onderwijs moet gezocht worden in de wetenschappelijke fundering en de optimalisering van de zorgverlening, niet in een aansluiting op de feitelijke maatschappelijke situatie van de tandarts en zijn functioneren daarin (par. 6.11.).
- k. Een betere strategie voor een optimale zorgverlening en voor arbeidsmogelijkheden voor jonge tandartsen wordt door de AOT zelf uitvoerig geciteerd: het 'Strategic Plan' en de aanbevelingen gedaan door de A.D.A. Special Committee (par. 2.4.), die wij hier niet verder zullen aanhalen.

## Literatuur:

1. Redactie. Het eerste interimrapport van de adviescommissie opleiding tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1983; 90: 361-4.
2. Redactie. Taakoverdracht in de tandheelkunde. Beschouwingen naar aanleiding van het tweede AOT-rapport. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 243-4.

April 1986.

Johan Buziaulaan 83,  
3584 ZV Utrecht.

## O N D E R W I J S

## EVALUATIE VAN EEN NIEUW STUDIEPROGRAMMA

## EEN ANALYSEMODEL OP STUDIERICHTINGSNIVEAU

W. VAN OS

Trefwoorden: Evaluatie

## 1. Inleiding

In september 1981 is aan de Subfaculteit Tandheelkunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam een nieuw studieprogramma in werking getreden. Dit programma is van meet af aan door een daartoe ingestelde evaluatiecommissie op zijn functioneren onderzocht. In voorgaande artikelen in dit tijdschrift is verslag gedaan van deze evaluatie, waarbij achtereenvolgens aan de orde kwamen het propedeusejaar 1981-1982 (het accent ligt hier op de opzet van het onderzoek en de gebruikte methoden),<sup>1</sup> het propedeusejaar 1982-1983 (met de nadruk op de vele methodologische problemen die aan herhaalonderzoeken met verschillende studentenpopulaties zijn verbonden),<sup>2</sup> en het tweede cursusjaar 1982-1983 (over het vervolg van het onderzoek, en de studievoortgang van de cohort 1981-1982).<sup>3</sup>

Uit het bovenstaande kan men afleiden dat het onderzoek zich uitstrekt over het gehele (vierjarige) curriculum, en dat de ervaringen worden beschreven van twee cohorten studenten binnen dat curriculum: de cohort aangekomen in 1981-1982, en de cohort 1982-1983. De eerste groepering

*Uit de afdeling Onderwijsresearch  
van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

heeft op het moment van schrijven, voor zover niet vertraagd of uitgevallen, drie cursusjaren doorlopen, en is bezig met het vierde en laatste jaar van het doctoraalprogramma; de cohort 1982-1983 heeft twee cursusjaren achter de rug, en volgt het derde jaar.

In dit artikel bespreken we de uitkomsten van de evaluatie van het derde cursusjaar – de cohort 1981-1982<sup>4</sup> – en de herhaalde evaluatie van het tweede jaar – de cohort 1982-1983.<sup>5</sup>

Voor een meer volledig overzicht van de evaluatievraagstellingen verwijzen we vooral naar het eerste artikel.<sup>1</sup> Hier volstaan we met de mededeling dat de evaluatie op een drietal aandachtspunten gericht is: de aan het programma verbonden studielast, de studieresultaten, en de kwaliteit (in ruime zin) van het gegeven onderwijs in de vorm van colleges en practica. In afwijking van de in vorige artikelen gevolgde gedragslijn zullen we hier niet op al deze vraagstellingen ingaan. Bij het herhaalonderzoek concentreren we ons op de uitkomsten van het bij de enquëtering van studenten gebruikte instrumentarium met de eraan verbonden voor- en nadelen. Bij de gegevens over het derde cursusjaar be-

## Samenvatting:

In 1981 is aan de Vrije Universiteit een nieuw curriculum tandheelkunde van start gegaan. Eerder is verslag gedaan van de bevindingen tijdens de eerste twee cursusjaren. In nevenstaand artikel wordt ingegaan op het derde cursusjaar, alsmede op het herhaalonderzoek over het tweede jaar.

Aandacht wordt vooral besteed aan de vraag in hoeverre uitspraken over de kwaliteit van het gegeven onderwijs mogelijk en gewenst zijn. De afdeling Onderwijsresearch heeft in dit verband algemene referentiepunten ontwikkeld. Voor wat het didactisch functioneren van docenten betreft zijn die ontleend aan de empirie. De referentiepunten met betrekking tot de doorstroming van studenten binnen het curriculum zijn gebaseerd op ministeriële uitspraken dienaangaande. Beide aspecten worden in het artikel nader toegelicht, mede aan de hand van de gegevens over het onderzochte studieprogramma tandheelkunde.

perken we ons tot de vraagstelling betreffende de studievoortgang en het in dit kader als model functionerende doorstroomschema.

Zowel met betrekking tot het instrumentarium als de studievoortgang is de onderlig-