

Meningen

HET LOT VAN HET AOT-RAPPORT

L. J. A. van Schijndel, tandarts

Slotbeschouwing naar aanleiding van het 'Regeringsstandpunt Adviescommissie Opleiding Tandarts'

SAMENVATTING

In grote lijnen volgt het voorliggende standpunt van de regering de opvattingen van de AOT. Zij toont zich gereserveerd. Het zogeheten teamconcept wenst zij eerst in een experimentele opzet te beproeven. Tevens wenst zij de uitkomsten van het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek van de Nijmeegse Faculteit en TNO af te wachten. Ook heeft zij aan de Stuurgroep Toekomstscenario's voorgesteld een scenarioproject voor de tandheelkunde in studie te nemen. Een poging wordt gedaan tot een kritische analyse.

VAN SCHIJNDEL LJA. Het lot van het AOT-rapport. Slotbeschouwing naar aanleiding van het 'Regeringsstandpunt Adviescommissie Opleiding Tandarts'. Ned Tijdschr. Tandheelkd 1988; 95: 447-9.

Trefwoorden: **Onderwijs – Sociale tandheelkunde – AOT-rapport**

Datum van acceptatie: 30 augustus 1988.

Adres: L. J. A. van Schijndel, Johan Buziaulaan 83, 3584 ZV Utrecht.

1. VOORGESCHIEDENIS

In het afgelopen decennium mocht het tandheelkundig werkveld kennis nemen van een aantal rapportages over de zorgverlening in Nederland. In het voorliggend 'Regeringsstandpunt' krijgen deze dan ook enige aandacht.¹ De voorgeschiedenis die leidde tot het instellen van de 'Adviescommissie Opleiding Tandarts', korthedshalve aangeduid als AOT, vormt een indrukwekkende tekst en gaat terug tot 1977, toen het Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid verscheen. Weer drie jaar later, in 1980, was de toenmalige staatssecretaris zover, dat zij haar standpunt over dit Advies ten behoeve van de Tweede Kamer had geformuleerd. Brandende kwesties als de discrepantie tussen vraag en aanbod in de tandheelkundige zorg – er was toen nog een tekort aan tandartsen – de rol van hulpkrachten, de onvoldoende geachte aansluiting van het universitaire onderwijs op de praktijkvoering waren tot dusver aan de orde geweest. De conclusie na zeven jaar ambtelijk denkwerk was dat een nieuwe commissie de materie diende te bestuderen. Dit leidde tot de instelling van de AOT op 9 september 1981. Deze langsepende denkprocessen hadden één voordeel: zij konden naar behoefte worden bijgesteld onder de snel veranderende omstandigheden. De besluitvorming om die omstandigheden tijdig te beïnvloeden was daarmee minder gebaat. Tenslotte is regeren vooruitzien.

Bij de instelling doet de minister blijken de kernproblematiek goed te hebben begrepen. Immers in de opdracht aan de commissie verlangt hij onder meer dat zij haar advies opstelt: '... tegen de achtergrond van de kwalitatieve en kwantitatieve

maatschappelijke vraag en behoefte aan tandheelkundige gezondheidszorg'. Geen gemakkelijke eis maar wel de meest fundamentele. Daarvan is tenslotte het aantal opleidingsplaatsen geheel afhankelijk. In 1983 en tweemaal in 1984 verschijnen interimrapporten en eind 1985 het eindrapport.²⁻⁴ Thans zes jaar na de instelling van de AOT ligt het regeringsstandpunt over dit advies op tafel. Een mild standpunt dat in grote lijnen de opvattingen van de AOT volgt, zij het niet zonder de nodige kritiek en reserves. In deze kolommen zal getracht worden het werkstuk in hoofdpunten kritisch te volgen.

2. HET REGERINGSSTANPUNT NADER BESCHOUWD

Lezing van het 'Regeringsstandpunt' zou tot een commentaar kunnen leiden dat minstens even lang is. Een selectie is onvermijdelijk. Onder de 'Algemene uitgangspunten' wordt de nota 2000 geëxtrapoleerd naar de tandheelkundige gezondheidszorg. (Hoofdstuk 3). Zo staat te lezen: '...een complete tandheelkundige zorg behoeft een fundamentele zelfzorg van de zijde van de patiënt'. In de paragraaf getiteld 'Tandheelkundige zorg' vindt men nog eens op vijf plaatsen de individuele verantwoordelijkheid voor de 'zelfzorg' onderschreven. De teneur is duidelijk. In hoeverre 'de rendementswaarde in brede zin van nieuwe, verfijnde toepassingsmogelijkheden in de tandheelkunde' onderworpen zijn aan het 'fenomeen van een 'afnemende meeropbrengst' van de inzet van mankracht en middelen' is nog nergens aangetoond. Een vrijbrief voor het snoeimes in de verstrekkingen? Zeker lijkt

dat hier een zuiver kwantitatieve invalshoek aan de orde is. Daar ligt echter het probleem in de tandheelkundige zorg allerm minst. Volgens de ook voor de geneeskunde geldende structuur wordt achtereenvolgend ook de tandheelkunde onder de loupe genomen.

2.1. Tandheelkundige basisgezondheidszorg

Hierin dienen collectieve op preventie gerichte functies tot ontwikkeling te komen in samenhang met soortgelijke taken in de algemene basisgezondheidszorg. Zij vallen ten deel aan mondhygiënisten of 'personen met een hiermee gelijk te stellen combinatie van relevante tandheelkundige opleidingen en ervaring'. Een wat zorgelijke omschrijving, zwanger van bevoegdheidsconflictstof waar de professe thans minder dan ooit behoefte aan heeft.

2.2. Primaire tandheelkundige zorg

Hieronder wordt verstaan de individueel te verlenen preventieve en curatieve/restauratieve zorg, welke vanuit de tandheelkundige praktijken dient te worden aangeboden. Ook hier wordt terecht aan de mondhygiënist een duidelijke plaats toebedeeld. De ontwikkelingen binnen de klinische tandheelkunde zouden, zo meent de AOT, de solotandarts met een opleiding van vijf jaar onvoldoende voorbereiden om invulling te geven aan de primaire zorg. Daarom kan men thans reeds specialistische tendensen waarnemen op bepaalde deelgebieden. De verwachte overgang van de solopraktijk naar 'functionele samen-

werkingsverbanden' staat aan de wieg van het 'teamconcept' van de AOT. Het dirigistisch karakter van de hieraan gekoppelde regelingen werden in deze kolommen al eerder besproken.⁴ De AOT gaat hierin geheel voorbij aan de spontane eigen ontwikkelingen in de beroepsgroep. Hoe dit alles te rijmen valt met het 'fenomeen van de afnemende meeropbrengst' vermeld onder 2. en met de in dit land gebruikelijke repressieve hantering van de financiële structuren, is in nevelen gehuld. Gevreesd moet worden dat deze nieuwe bloeiwijze in de kiem zal worden gesmoord. Maar misschien biedt het tot stand komen van een open Europese Gemeenschap uitkomst? Ook het 'Regeringsstandpunt' opteert voor uitstel. De juiste verdeling van de generalistische functie binnen de primaire zorg en de differentiatie van taken in een teamverband baart zorgen. Dit vormt de achtergrond van het voorstel om het 'teamconcept' eerst nog maar eens experimenteel te beproeven. Misschien kan dan meer duidelijkheid verschaft worden over de kwaliteit van de zorg, de controle daarop, productiegegevens en het kostenaspect en zo meer.

Het komt ons voor dat dit voorzichtige standpunt van de regering slechts instemming kan vinden binnen de beroepsgroep. Immers het keurslijf, waarin de bezuinigingswoede het onderwijs kritiekloos heeft gekneveld, zal ongetwijfeld tot verschrapping van de kwaliteit en tot weinig onderlinge differentiatie leiden. Dit betekent het afstuderen van minder goed toegeruste tandartsen en geen ruimte voor de uitbouw van de vakbekwaamheid van de basistandarts. Informatie over nieuwe ontwikkelingen en specialistische kennis en vaardigheden zullen doorgeschoven worden naar het postacademisch onderwijs, een nuttige instelling maar vooralsnog te vrijblijvend en soms tamelijk kostbaar voor een verarmende professie. Het gevolg van een dergelijke ontwikkeling is duidelijk: de gezondheid van de weefsels van de mond en de vele functies, die daar hun lokatie hebben, zullen even beperkt verzorgd blijven als tot nu toe het geval is. Uitzonderingen daargelaten. De financiering door de ziektekostenverzekeraars is als steeds vrijblijvend, terwijl de ziekenfondsen in hun bezuinigingsdrang eerder geneigd zullen zijn tot inkrimping dan tot uitbouw van het 'verstrekkingenpakket'. Dit te rijmen met de doelstelling: 'Het verstrekken van curatieve tandheelkundige zorg, in overeenstemming met de behoeften, wensen en mogelijkheden van het individu' (pag. 7), doet wat komisch aan.

2.3. Secundaire tandheelkundige zorg

Dit deel van de structuur van de zorg vergt

minder uitvoerige aandacht. Alles blijft bij het oude. Geen nieuwe specialismen dus. Werd in het verleden door het tandartsentekort misschien wat meer naar de specialist verwezen dan nodig was; dit zal geen substantiële verlichting betekenen binnen de secundaire zorg nu dit tekort is opgeheven. De wetenschappelijke en klinische ontwikkelingen resulterend in betere behandeltechnieken binnen de betrokken vakgebieden, verhogen zeker kwaliteit en kwantiteit van het zorgaanbod en daarmee ook de vraag. Het fenomeen is in de geneeskunde allerwege waar te nemen. Een hoogst kwalijk signaal is overigens, dat in het regeringsstandpunt ook hier weer wordt gekoketteerd met het instrument van de financiering als sturingsmechanisme binnen de zorgverlening. Het is ook volstrekt in strijd met het citaat onderaan 2.2.

2.4. Kwalitatieve aspecten van het zorgaanbod

2.4.1. Patiëntenzorg

Over de kwaliteit van de zorg laat de regering zich maar magertjes uit. Voor de tandheelkundige beroepsuitoefening is dit een onbegrijpelijk tekort. In de tijd van de schaarste aan tandartsen was er op het punt van kwaliteit weinig te eisen. Hierop werd al eerder in dit tijdschrift gewezen.⁵

De radicale ommekeer, zoals nu te constateren valt, verplicht de overheid om in goede samenwerking met de professionele instanties een instrument te ontwikkelen, waarmee de kwaliteit van de zorg getoetst kan worden. Anders dreigt willekeur. Voor een goed begrip: *In de tandheelkunde geldt één ijzeren wetmatigheid: alleen kwaliteit leidt tot duurzaamheid en duurzaamheid leidt tot kostenbeheersing.*

Ook in de medische disciplines worden de mogelijkheden tot kwalitatieve toetsing bestudeerd. De apothekers kennen de visitatiecommissies. Normering van kwaliteit verdient een hoge prioriteit, hoe moeilijk ook. Alleen dan is de geloofwaardigheid van het professionele handelen gewaarborgd en is het mogelijk om overbehandeling en polypragmasie in te perken of liefst te voorkomen.

2.4.2. Tandheelkundig onderzoek

De kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek is voor de regering aanleiding tot enige algemene opmerkingen. Het sociaal tandheelkundig onderzoek moet worden gestimuleerd, het fundamenteel basisonderzoek acht zij waardevol, terwijl het klinisch onderzoek versterking behoeft. Zij acht afstemming gewenst op het advies opgesteld door de Sectie Tandheelkunde

van de Academische Raad. Aansluitend daarop zal het beleid van de regering erop gericht zijn het tandheelkundig onderzoek voldoende breedte te laten houden.

2.4.3. Informatievoorziening

Informatievoorziening als onderdeel van de kwaliteit van de zorg is zeer wezenlijk. Uit een goed ontwikkeld informatiesysteem kan een betrouwbaar inzicht in de gezondheid van de bevolking worden verkregen. In dit verband onderschrijft de regering de grote betekenis van het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde (L.E.O.T.-project) dat de Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde van de Nijmeegse Universiteit in samenwerking met de Werkgroep Tand- en Mondziekten NIPG/TNO heeft ondernomen. Voorts heeft zij aan de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) een voorstel voorgelegd voor een scenarioproject op het terrein van de tandheelkunde. Alles in overleg met de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en de Nijmeegse Faculteit. In dit tijdschrift werd reeds eerder op de wenselijkheid en het nut van deze beide mogelijkheden gewezen, teneinde te komen tot het zo lang gewenste consistente beleid.^{4,5} Daarbij werd echter wel de onafhankelijkheid van een dergelijke advisering vooropgesteld om politieke invloeden te vermijden.

2.5. Tandheelkundig onderwijs

Over het onderwijs kan men lang en kort filosoferen. De genadeloze slachting die de huidige regering onder de bloeiende onderwijsinstellingen heeft aangericht, zal nog tot ver in de volgende eeuw doorwerken. Een klein voordeel heeft dit wel: de 'inhoudelijke afstemming van de onderscheiden onderwijsprogramma's is er in ieder geval eenvoudiger op geworden. De regering bedient zichzelf op haar eigen wensen.

De ook door de regering onderschreven vormen van zorgverlening in het primaire echelon, waarbij minder snel een beroep op de tandarts-specialist wordt gedaan, maar wel gestreefd wordt naar een systeem van 'horizontale doorverwijzing' heeft iets tegenstrijdigs. Specialistische tendensen in de primaire zorgverlening zullen, vooropgesteld dat deze verwijzingen inderdaad op grotere schaal plaatsvinden, zeer zeker tot kwaliteitsverbetering leiden. In hoeverre dit echter tot kostenbeheersing bijdraagt blijft een open vraag. Het zou de regering wel eens duur te staan kunnen komen; het zal de professie een zorg zijn.

De regering wijst een selectie binnen de opleidingen, die zich exclusief richt op de

geschiktheid te kunnen functioneren in teamverband, van de hand. Zij toont daarmee meer sympathie en realiteitszin dan de AOT. Ook heeft zij weinig begrip voor een differentiatie binnen de opleiding die niet tot het tandartsdiploma leidt. Wel meent zij dat een 'brede propedeuse met verschillende uitgangen' tot de mogelijkheden behoort. Dit zou in kunnen houden dat tandheelkunde als leerstof niet meer in de propedeuse voorkomt. Hoe dat dan te rijmen valt met de beoogde opleiding om de 'specialistische tendensen' in de zorgverlening inhoud te geven tegen de achtergrond van de gefixeerde studieduur blijft een open vraag. Een studierooster is nu eenmaal niet eindeloos op te rekken. De eindconclusie moet wel luiden, dat er nog zeer veel gestudeerd moet worden aler aan al deze doelstellingen vorm is gegeven in het curriculum. Het reeds eerder gememoreerde experiment met het 'teamconcept' zal ook in een experimentele opleiding c.q. experimentele opleidingspakketten ontwikkeld en getoetst moeten worden. Waarom eenvoudig als het ook moeilijk kan? Waarom niet eens een goed onderzoek ingesteld bij de praktijken waar vormen van 'teams' naar tevredenheid functioneren?

2.5.1. Kwantitatieve aspecten

De AOT benadrukte reeds dat aan iedere prognose over de behoefte aan tandheelkundige mankracht een speculatief element is verbonden. 'Zo hangt de vraag naar zorg mede af van de voorwaarden, waaronder die kan worden verstrekt' (pag. 14). Een interessante zin. Niet wordt gesproken over de *behoefte* aan zorgverlening, al dan niet objectief gemeten. Toch heeft zich in de afgelopen 40 jaar een enorme ontwikkeling voorgedaan. Vanuit de objectieve behoefte aan zeer gedifferentieerde vormen van tandheelkunde, heeft zich geleidelijk een expliciete vraag ontwikkeld. Voor de huidige generatie tandartsen en patiënten zijn de vele verschillende vormen van klinische hulp reeds ge-

meengoed of zullen dit door het informatie-aanbod worden. De boven aangehaalde 'voorwaarden waaronder' geven te denken. Het financieel sturingsmechanisme is een gevaarlijk instrument, dat nog te veel wordt onderschat, wanneer men het heeft over de feitelijke inhoud en het volume van de zorgverlening. Het zullen dan niet de behoeften van de burger zijn die dit bepalen, maar het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, een (te) machtig instituut. Dit is kwantitatief en kwalitatief reeds nu het geval. Bijgevolg betekent dit alles een directe relatie met de benodigde aantallen werkers in de tandheelkundige zorg. De politiek bepaalt hoe onbelangrijk zij de tandheelkundige gezondheidszorg vindt, hoe weinig zij daarvoor wenst te betalen en welke aantallen werkers daarvoor nodig zijn. De kwaliteit is haar minste zorg.

3. EPILOOG

Kort samengevat kan men zeggen dat het perkje van de tandheelkunde in het park van de gezondheidszorg weer eens is gewied, geschoffeld en aangeharkt. De bekende structuren zijn verstevigd en bevestigd. Geen spectaculaire hervormingen dus; maar dat was ook niet te verwachten. De vraag blijft dus, doet de tandheelkunde het nu zo goed of is dit onderdeel van de gezondheidszorg nu zo onbelangrijk? Wij vrezen dat dit laatste het geval is. Het

inschakelen en benutten van het boven reeds genoemde L.E.O.T.-project van de Nijmeegse Universiteit en TNO en de adviesaanvraag bij de Stuurgroep Toekomstscenario's zal eerst op langere termijn kunnen leiden tot een werkelijk verantwoord ontwerp en toetsstelsel van de tandheelkundige gezondheidszorg. Eerst als de rapporten van deze beide instellingen op tafel liggen kan met vaste hand een koers worden uitgezet, vooropgesteld dat de uitkomsten objectief zijn en vrij blijven van politieke kleuring. Dan zal eerst blijken in hoeverre de irrationele inkrimping van de tandheelkundige opleidingscapaciteit nu eigenlijk gestoeld was op een verantwoord beleid. Tegen de achtergrond van wat hiervoor werd betoogd zal het antwoord ontkennend moeten luiden. De bezuinigingen op het tandheelkundig onderwijs zullen blijken een blinde en richtingloze snoeiartij te zijn geweest door ongeïnteresseerde en lobby-gevoelige overheden. Maar dit is anno 1988 niets nieuws. Het nuttig effect van het AOT-rapport zal in ieder geval zijn, dat het mensen binnen en buiten de professie aan het denken heeft gezet over hoe het wèl en vooral hoe het niet moet. In dit rapport wordt weinig vertrouwen geïnvesteerd in het vrije beroep. Het balanceert tussen de eigen verantwoordelijkheid van de mondige burger en een dirigistische bevoogding van het professionele handelen. De terughoudende opstelling van de regering is een schrale troost.

LITERATUUR

- ¹Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 20433, nrs 1-2. Regeringsstandpunt Adviescommissie Opleiding Tandarts.
- ²VAN SCHIJNDEL LJA. Het eerste interimrapport van de Adviescommissie Opleiding Tandarts. AOT. Ned Tijdschr Tandheelkd 1983; 90: 361-4.
- ³VAN SCHIJNDEL LJA. Taakoverdracht in de tandheelkunde. Beschouwing naar aanleiding van het tweede AOT-rapport. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 243-4.
- ⁴VAN SCHIJNDEL LJA. Het eindrapport Adviescommissie Opleiding Tandarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 196-9.
- ⁵VAN SCHIJNDEL LJA. Reflecties over de bereidheid tot verandering. Beschouwing naar aanleiding van het rapport van de Commissie Dekker. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 346-7.