

Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap

Het onderwijscontinuüm in de tandheelkunde

Het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap hield op donderdag 24 maart 1994 te Leiden haar tweehonderdeenenvijftigste ledenvergadering met als thema 'Het onderwijscontinuüm in de tandheelkunde. De opleiding in discussie'. De voordrachten tijdens het wetenschappelijke gedeelte werden gehouden door Prof.dr C.O. Eggink, Prof.dr S.K. Thoden van Velzen, Prof.dr M.F. Kramer, Prof.dr G. Boering, Prof.dr H.H. Renggli en A. Heyboer. Hieronder zullen de samenvattingen van de inleiding en de lezingen worden gepresenteerd.

Inleiding

Onderwijs is een dynamische gebeuren. Daar heb ik in de achter mij liggende periode aan meegewerkt en er de vruchten van geplukt. Bij de aanvang van de studie tandheelkunde in september 1946 kon je je wel inschrijven maar niet studeren. Althans er werden geen colleges of practica verzorgd voor de studenten. Dat werd vooral veroorzaakt door het overweldigende aantal (\pm 380) studenten dat in 1945 de opleiding tot tandarts verkoos en waardoor er derhalve geen plaats voor ons was. Daarbij kwam dat op 14 november 1945 de commissie De Ranitz was ingesteld met de opdracht om a. voorstellen te doen voor een reorganisatie van de opleiding van aanstaande tandartsen en b. aanstonds nadat de commissie wat de grote lijnen betreft een principiële conclusie zal hebben getrokken, zo mogelijk voorstellen te doen om een noodvoorziening te treffen met betrekking tot het onderwijs van eerstejaarsstudenten.

Hoewel de commissie op 2 april 1946 het rapport uitbracht, betekende dat niet dat het cohort '46 daar al gebruik van kon maken. Pas in februari 1947 nam het onderwijs een aanvang, gestoeld op het voorstel van de commissie, maar zonder een wettelijke basis, omdat de wettelijke maatregelen noodzakelijk voor de reorganisatie pas op 11 augustus 1947 werden bekrachtigd. Op dat moment werden wij in de gelegenheid gesteld te kiezen om of de vierjarige opleiding te volgen of de zesjarige te vervolgen. Dat was geen gemakkelijk keuze en het leverde veel stof tot discussie. Velen van ons hadden gedurende de oorlogsjaren al een achterstand opgelopen en zagen een verlenging van de studieduur met twee jaar als onoverkomelijk. Dit resulteerde in een halvering van het aantal studenten dat de zesjarige opleiding wilde volgen. Onder het motto 'je kan beter de eerste zijn van een nieuwe opleiding dan de laatste van een oude' namen wij de nadelen op de koop toe. Die nadelen waren dat er geen duidelijk onderwijsprogramma was, behalve dat op bepaalde tijdstippen universitaire examens moesten worden afgelegd. Inhoudelijk stond er ook niets vast, alleen dat alles veranderd moest worden, ook in de tandheelkundig technische vakken. Dit leverde de nodige problemen op. Aan de andere kant waren er ook veel voordelen. Zo behaalden wij allen het propaedeutisch examen, zonder dat er naar resultaten gekeken werd, overlegden wij met docenten over de inhoud van het onderwijs en was er sprake van een motiverende vernieuwing.

Als jaarvertegenwoordiger in het vierde jaar was ik nauw betrokken bij het onderwijsoverleg. In die tijd ging dat ongestructureerd, niet via onderwijscommissies maar op eigen initiatief of op uitnodiging, vooral met docenten van de medische faculteit. Zo ontwikkelden wij plannen met de inter-

nist, de hoogleraar De Lange, om de tandheelkundige studenten een co-schap inwendige geneeskunde te laten volgen. Een zeer progressieve gedachte, die beter in deze tijd ontwikkeld zou kunnen worden. Toen in 1949/50 was de tijd er in ieder geval niet rijp voor. Het was wel mijn eerste confrontatie met meedenken en meepraten over onderwijs, met democratisering zo men wil.

De tweede confrontatie was toen ik begin jaren zestig op voorspraak van collega Dekker namens Tandheelkunde lid werd van de conventieraad, waarin de wetenschappelijke staf van de universiteit vertegenwoordigd was. Een soort tegenhanger van de Senaat, die veel voorbereidend werk heeft gedaan voor de democratisering binnen de universiteit. In die tijd ontstond vanuit de medische stafleden een onderwijsgroep die zich tot taak had gesteld het onderwijs in de medische faculteit te moderniseren. Ik werd uitgenodigd als toevoerder aan de discussie deel te nemen. Een van de sprekers van vandaag, Prof. Kramer, maakte deel uit van deze groep en als wij elkaar zien dan weten we dat ook. Een ander was Tonino, geen onbekende binnen het tandheelkundig onderwijs sinds zijn benoeming tot hoogleraar 'Biochemie van de mondholte' in Utrecht.

Een van de belangrijkste vragen die toen werden gesteld, was: 'Moet de opleiding tot arts zo gestructureerd zijn dat de geneeskunde in volle omvang moet kunnen worden uitgeoefend met daarna de opleiding tot specialist, of dient de opleiding andere doelen te bereiken die een eerdere gerichtheid op een specialisatie mogelijk maken?' Een vraag die ongetwijfeld vandaag ook aan de orde zal komen.

Een andere vraag was hoe de opleiding wetenschappelijk beter kon worden ingericht. Toen gold dat niet meer dan één procent van de artsen in opleiding koos voor een wetenschappelijk gericht onderwerp bij de voorbereiding van hun scriptie. Ook die vraag zal vandaag zeker aan de orde komen met daaraan gekoppeld de vraag in hoeverre je van iemand wetenschappelijke belangstelling mag verwachten die bij de studie-keuze zich de uitoefening van een beroep ten doel stelt. En in welke richting moet je die dan sturen?

De onderwijsvernieuwing in die jaren werd vooral weerspiegeld in de wet- en regelgeving, te beginnen met Posthumus in de jaren zestig, de Wet Universitaire Bestuurshervorming van Veringa in 1970, de Nota Hoger Onderwijs in de Toekomst van De Brauw in 1976, de Beleidsnota Hoger Onderwijs voor velen van Klein en Van Kemenade in 1978, de Wet Twee Fasen Structuur van Pais in 1981, de Wet op het Hoger Beroepsonderwijs in 1986, de Wet op Wetenschappelijk Onderwijs in 1986, de nota Hoger Onderwijs Autonomie en Kwaliteit, en ten slotte de Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek, de WHW 1992 van Deetman en Ritzen.

Inmiddels is ook de Wet BIG door de Staten Generaal bekrachtigd. Voorzover te beoordelen, sluiten de wet BIG en de WHW op elkaar aan en worden de taken van de ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur verdeeld, in ieder geval tot consequentie hebbende dat de opleiding tot mondhygiënist met ingang van de cursus 1996-1997 onder Onderwijs en Wetenschappen zal resorteren.

Te hopen valt dat er nu enige rust komt in de wet- en regelgeving en dat de onderwijsinstellingen zich kunnen concentreren op de inhoudelijke aspecten: daar blijft voorlopig nog genoeg in te doen, zoals deze dag ons zal leren, zeker in het licht van de beroepsontwikkeling en het onderwijscontinuüm in de tandheelkunde.

C.O. Eggink

De initiële opleiding

Wil men in de toekomst een tandarts die voldoende geschoold is om de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek kritisch te kunnen volgen en op een zinvolle manier te incorporeren in zijn eigen handelen en in dat van zijn medewerkers, dan zijn wezenlijke veranderingen nodig.

Er is overigens meer aan de hand. Momenteel treedt een verdere differentiatie in de beroepsbeoefening op. Het bekende trio algemeen-practicus, kaakchirurg en orthodontist wordt op dit ogenblik uitgebreid met diverse beroepsdifferentiaties. Deze zullen niet allemaal uitgroeien tot een erkende differentiatie of specialisatie. Dat er echter in enigerlei vorm differentiatie komt, zoals ook door de Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) is bepleit en door onder andere de Stuurgroep Toekomst Scenario's wordt voorzien, lijkt zeker.

Er zijn vanzelfsprekend uiteenlopende redenen voor differentiatie. Een ervan is dat de betrokken tandartsen vinden dat zij zich voor het leveren van kwaliteit moeten concentreren op een onderdeel van de tandheelkunde. Het is een aanwijzing dat de initiële opleiding niet langer kan voldoen. Immers, als ervaren tandartsen concluderen dat zij niet meer in staat zijn de ontwikkelingen in het gehele vakgebied bij te houden, dan is het natuurlijk evenmin mogelijk om een student dat alles bij te brengen in vijf jaar. Bij de herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs is de nominale studieduur teruggebracht van zes naar vijf jaar. Dat was geen goede beslissing. Een tweejarige beroepsopleiding na een vierjarig doctoraal is bepaald niet te veel van het goede. Dat het desalniettemin gelukt is de 15% inkorting redelijk op te vangen, komt door inspanningen op het gebied van de onderwijskwaliteit. Er is veel tijd en enthousiasme geïnvesteerd, en met succes, om de overdracht van kennis en vaardigheden doelmatiger te laten verlopen en de beschikbare studieduur zo goed mogelijk te gebruiken. Maar er is uiteraard een grens aan wat met efficiency-verbetering kan worden bereikt. Op dit moment zijn er dan ook evidente leemten in de initiële opleiding. Uit onderzoek blijkt dat dit door pas afgestudeerden ook zo wordt ervaren. Onderwerpen die thuis horen in de initiële opleiding, moeten nu noodgedwongen worden verzorgd door het PAOT en door de diverse vervolgoopleidingen. Dat betekent enerzijds dat sommige tandartsen deze 'gaten' in hun opleiding nooit zullen opvullen en anderzijds dat het postacademisch onderwijs en de vervolgoopleidingen oneigenlijk worden belast. Voor een effectieve na- en bijscholing is nu eenmaal een goede vooropleiding/scholing nodig.

De krapte in de initiële opleiding zal nog toenemen. Toekomstverkenningen, zoals die van onder andere de Nederlandse Vereniging van Tandartsen en de Stuurgroep

Toekomstscenario's Gezondheidszorg, laten zien dat de tandheelkunde op de korte en middellange termijn vakinhoudelijk een aanzienlijke ontwikkeling zal doormaken. De verwachting is dat zich in hoog tempo ontwikkelingen zullen voordoen op het terrein van de biomedische technieken voor diagnose en preventie, op het terrein van de tandheelkundige materialen en op dat van de implantologie. Fundamentele kennis over de rol van het speeksel en nieuwe inzichten in het mechanisme van wondgenezing, weefselherstel en weefselregeneratie zullen de aanzet geven tot nieuwe methodieken voor preventie en therapie. In het algemeen zal er een vermindering plaatsvinden van de tandheelkundige behandelingen van gemiddeld technologisch niveau. De tandarts zal verder vertrouwd moeten zijn met nieuwe technologieën voor informatieverwerking, zal moeten kunnen communiceren met zijn patiënt om tot een gezamenlijke beslissing te komen, zal een praktijk met een groter aantal medewerkers moeten kunnen besturen, en zal kwaliteit zichtbaar moeten kunnen maken. Aan de vraagzijde van de zorg komt een mondiger, hogere eisen stellende bevolking, een aanzienlijke vergrijzing en, ten dele daarmee verbonden, een eveneens aanzienlijke toename van het aantal medisch gecompromitteerde patiënten.

De steeds toenemende informatiestroom, de snelle veranderingen in kennis en methodieken en het toenemen van het management-aspect vergen een wijziging van het niveau van de beroepsuitoefening. Meer nog dan voorheen zal de tandarts een mondarts moeten zijn, die de zorg draagt voor een orgaansysteem in relatie tot de gehele mens. De WHO spreekt van een 'oral physician'. Als geen beleidsmaatregelen worden getroffen, acht de WHO het gevaar aanwezig dat tandartsen ofwel behandelingen van hoog technologisch niveau gaan uitvoeren waarvoor zij onvoldoende zijn opgeleid of worden gedwongen zich te beperken tot relatief eenvoudige behandelingen waarvoor de universitaire opleiding niet nodig was geweest.

Voor de geschetste problemen komen twee potentiële oplossingen en een aantal variaties daarop in aanmerking:

1. De studieduur verlengen. Het taboe dat op dit onderwerp rustte is opgeheven en sinds kort is het weer een bespreekbaar onderwerp. Gezien de financiële consequenties voor de onderwijsfinanciering en de studiefinanciering zal een aanvraag voor verlenging niet bijzonder welkom zijn.
2. Een of twee verplichte praktijkjaren toevoegen aan de initiële opleiding en daarmee tijd vrijmaken in de eerste vijf curriculumjaren. In de eerste vijf jaar een basistandarts opleiden, vergelijkbaar met de basisarts in de geneeskunde. Het ligt overigens al in de verwachting dat in Nederland in Europees verband vanaf 1998 een praktijkjaar wordt ingesteld in aansluiting op het tandartsexamen.

Het resultaat moet zijn dat de initiële opleiding een tandarts aflevert die gewend en geoefend is in het zelfstandig vergaren en verwerken van informatie. Daartoe moet het academische aspect van de opleiding worden versterkt.

S.K. Thoden van Velzen

Overwegingen bij een onderwijscontinuüm

Ook de tandheelkunde is gekenmerkt door ontwikkelingen die het onmogelijk maken om in enig (zelfs zeer lang) tijdsbestek alle kennis en vaardigheid te verwerven, waarmee in de gehele verdere beroepsuitoefening gewerkt kan worden. Kennis en vaardigheden zullen na de initiële opleiding voortdurend aangepast en uitgebreid moeten worden. Een goed en permanent aanbod van het daarvoor vereiste onderwijs en krachtige incentives tot het volgen daarvan zijn noodzakelijk.

Zulk post-initieel onderwijs is niet scholair en vergt dus bekwaamheid in zelfstandig leren. De initiële opleiding dient derhalve primair gericht te zijn op 'leren te leren' en op de motivatie tot 'blijvend leren'.

De hoeveelheid kennis en vaardigheid die het begrip 'tandheelkunde' vult, is nu al te groot om in een vijfjarige initiële opleiding verwerkt te worden. Na het tandartsexamen is niemand in staat tot de tandheelkunde 'in volle omvang'. Er zijn dan ook vervolgoopleidingen die al of niet formeel als 'specialisatie' erkend c.q. vereist zijn om sommige takken van de tandheelkunde verantwoord te beoefenen. Het verwachte startniveau van deze opleiding mag niet anders zijn dan het eindniveau van de initiële opleiding, hetgeen wederzijds afstemming nodig maakt.

De vraag blijft of de initiële opleiding behalve tot 'leren te leren' voldoende startkennis en vaardigheid geeft om enig onderdeel van de tandheelkunde zelfstandig uit te oefenen. Zo ja, dan dient dit (beperkte) gebied goed omschreven te worden. Zo niet, dan is voor die zelfstandige uitoefening nog aanvullende (kennisverwerving en) vaardigheidservaring nodig. Dit kan of door een verlenging van de initiële opleiding of door de invoering van een pre-registratieperiode ('klinisch jaar'), waarin een gestructureerd (onderwijs- en) ervaringsgebied onder toezicht eigen wordt gemaakt. Voorkomen moet worden dat zo'n periode wordt gebruikt voor goedkope arbeidskrachten en onbeloond toezicht.

Als het mogelijk zou zijn om scheidslijnen te trekken tussen gebieden van tandheelkunde, is er theoretisch de mogelijkheid om binnen de initiële opleiding afstudeerrichtingen te maken, minder breed maar voldoende diep, waardoor verlenging of een of twee verplichte stagejaren onnodig worden. In dat geval kunnen en mogen tandartsen niet meer alle onderdelen van de tandheelkunde waarvoor geen vervolgoopleiding bestaat, beoefenen.

Een gewenst onderwijscontinuüm moet ook worden beoordeeld op de ruimte die het schept voor de vaardigheid tot wetenschappelijk onderzoek, zowel in de initiële als in de vervolgoopleidingen. Ook al worden zij geen onderzoeker, alle tandartsen dienen de reikwijdte van onderzoeksresultaten te kennen en praktijkproblemen in onderzoeksvragen te kunnen omzetten. Bovendien bevordert ervaring in onderzoek de kritische zin, voorwaarde voor kwaliteitshandhaving. Daarenboven dient een aantal tandartsen getraind te worden tot wetenschappelijk onderzoek, zowel in de patiëntgebonden problematiek als op het raakvlak tussen kliniek en medisch-biologische vakgebieden.

M.F. Kramer

Het onderwijscontinuüm en de specialisatie in de Mondziekten en Kaakchirurgie

Mondziekten en kaakchirurgie is een tandheelkundig specialisme. Het is daarom van groot belang dat er een onderwijscontinuüm bestaat tussen de initiële opleiding tot tandarts en de opleiding tot kaakchirurg. Voorwaarde hiervoor is dat er binnen het tandheelkundig curriculum voldoende vakken worden onderwezen op een voldoende hoog niveau, die een goede basis vormen voor de opleiding tot kaakchirurg. Met andere woorden: de onderwijscontinuïteit naar de specialistenopleiding moet reëel zijn.

De geringe medische inbreng in de huidige initiële tandheelkundige opleiding heeft ertoe geleid dat het steeds moeilijker is geworden om aan het begin van de vervolgoopleiding de medische kennis van de assistenten kaakchirurgie in redelijk korte tijd op een voldoende hoog niveau te brengen. Bovendien bestond er in verband met de sterke uitbreiding

van het vakgebied grote behoefte aan een volledige medische bevoegdheid. Er gingen daarom steeds meer stemmen op tot het verplicht stellen van een initiële opleiding geneeskunde na het tandartsexamen en vóór de aanvang van de vervolgoopleiding tot kaakchirurg. Vanaf het jaar 2000 zal deze dubbele vooropleiding verplicht zijn om erkend te kunnen worden als kaakchirurg. Een belangrijke vraag hierbij is hoe deze verplichting geëffectueerd kan worden zonder grote breuken in het onderwijscontinuüm. Voorlopig zijn beide initiële opleidingen echter 'gewoon achter elkaar geschakeld: tandheelkunde – geneeskunde – specialisatie.

Om de duur van de totale opleiding te beperken en breuken in het onderwijscontinuüm te verkleinen zou men in de initiële opleiding tot tandarts differentiaties kunnen aanbrenge door het aanbieden van meer medisch gerichte vakkenpakketten. Een groter pakket medische basiswetenschappen en medisch klinische vakken, bijvoorbeeld in geïntegreerde vorm zou men kunnen inhuren van het curriculum voor medische studenten. Eventueel zou men dit onderwijs ook gemeenschappelijk kunnen laten volgen.

Ook van de tandheelkundige basisvakken en klinische vakken zou men keuzepakketten kunnen samenstellen waaruit de aanstaande kaakchirurg in opleiding een keuze zou kunnen maken. Op deze wijze kan een initieel opleidingspakket worden samengesteld dat beter aansluit bij de toekomstige specialisatie. Bij een eventuele nieuwe opleiding tot tandarts in Groningen die opgezet zal worden volgens het model curriculum 2000 van de medische faculteit, zijn deze keuzepakketten in principe mogelijk. Wanneer binnen de tandheelkundige opleiding het laatste studiejaar kan worden gebruikt voor differentiaties kan de aanstaande kaakchirurg in opleiding zijn medische pakketten van kennis en vaardigheden als voorbereiding op de medische studie en op zijn specialisme sterk uitbreiden zodat vermoedelijk één jaar wordt gewonnen en de aansluiting kan worden verbeterd.

Op deze wijze kan de continuïteitsbreuk tussen tandheelkundig curriculum, medisch curriculum en specialistenopleiding voor een deel worden verkleind. Een andere mogelijkheid om het verlies van tandheelkundige kennis en vaardigheden tijdens de medische opleiding tegen te gaan, is deze vooropleiding deels te integreren in de kaakchirurgische specialistenopleiding. Het streven is daarbij gericht op het voltooiën van de medische opleiding tot en met het doctoralexamen binnen de opleiding tot kaakchirurg, bijvoorbeeld door de duur van de eigenlijke opleiding gelijk te houden, maar de opleidingsperiode over vijf tot zes jaar uit te smeren. Door een tijdelijke part-time-aanstelling is het mogelijk de primaire medische opleiding voor eigen rekening van de assistent in opleiding te laten komen en niet voor die van de opleidingsinrichting. De co-schappen zouden in de vorm van een duo-constructie of één dag per week onderwijsvrij voor uitoefening van het vak kunnen worden voltooid als de eigenlijke opleiding tot kaakchirurg is afgerond.

Na het beëindigen van de co-schappen kan de kaakchirurg dan erkend worden als specialist. Het zal echter duidelijk zijn dat deze vermenging van initiële medische opleiding en de opleiding tot specialist ook niet ideaal is.

G. Boering

In een van de komende tijdschriftafleveringen zal nog uitvoerig aan het hier gestelde aandacht worden besteed.

Beroepsdifferentiatie

Tegenwoordig wordt in allerlei commissies en instanties over de beroepsdifferentiatie gediscussieerd. Een werkgroep van de

NMT heeft de basale gedachten daarover in de notitie 'Structuur horizontale verwijzing' mei 1993 neergelegd.

Een historisch overzicht over de voorbereidingen van de NVvP die hebben geleid tot de tandarts-parodontoloog, vormt een goed voorbeeld om over het principe van de beroepsdifferentiatie, de daarmee samenhangende discussies en de formele regelingen na te denken.

De Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) is in 1985 begonnen met de uitwerking van een definitie van een in parodontologie gedifferentieerde tandarts (TP) en de toetsingscriteria daarvoor. Er werd gesteld dat de TP een tandarts met specifieke kennis en vaardigheden met betrekking tot de parodontologie moest zijn en dat hij zich ten minste twee dagdelen per week uitsluitend met de behandeling van patiënten met parodontale problemen zou bezighouden. De TP werd verondersteld meer kennis van en ervaring met parodontale problemen te hebben. Onder meer ervaring werd verstaan het meerjarig in de tijd aaneengesloten in aanraking zijn geweest met parodontale problemen, meer dan op grond van de prevalentie van parodontale problemen binnen de bevolking in zijn geheel kon worden verwacht. De TP moest de kennis en vaardigheid voor het oplossen van *ernstige* parodontale problemen bezitten. De TP kreeg de taak om naar aanleiding van horizontale verwijzingen van collegae algemeen-practici patiënten met ernstige parodontale problemen te behandelen.

Al voordat door de NVvP de uitgangspunten, de taken en de eisen van de TP geformuleerd werden, had een beperkt aantal algemeen-practici de behoefte hun praktijk voor parodontale behandelingen een of meer dagdelen per week voor verwijzende collegae open te stellen. Zij hadden zich gedurende een aantal jaren in de praktische en theoretische parodontologie verdiept.

Door het regionale verwijspatroon van patiënten met parodontale problemen naar de universitaire instituten voor parodontologie kon op korte termijn in samenwerking met de afdelingen van de NMT de *objectieve* behoefte in het gehele land voor verwijsadressen vastgesteld worden. Het was de bedoeling zo snel mogelijk de tekortkoming in de zorgverlening voor ernstige parodontale problemen door het instellen van verwijsadressen op te lossen.

De NVvP was van meet af aan vastbesloten alleen tandartsen te erkennen die in hoge mate geschikt waren de taken van een tandarts-parodontoloog te vervullen. Daarom werden naast de *taken* van de TP direct ook de *eisen voor erkenning* geformuleerd. De taken van de TP omvatten drie onderdelen:

a. Consultatie

Het op professioneel niveau bezitten van kennis en vaardigheden voor de voorbereiding en uitvoering van onderzoek naar de omvang en de mate van parodontale problemen bij een patiënt op verzoek van diens tandarts, hetgeen leidt tot opstelling en bespreking van een tandheelkundig behandelingsplan. (Onder professioneel niveau wordt verstaan: het vermogen om bij relevante probleemsituaties de desbetreffende kennis en vaardigheden in het beroep zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid, correct en met de gewenste snelheid toe te passen.) Meer in het bijzonder betreft het kennis en vaardigheden om onderscheid te maken tussen de parodontale problemen, die op zichzelf een bedreiging vormen voor het behoud van de functies van de natuurlijke dentitie en de parodontale problemen die niet een dergelijke bedreiging vormen.

Als eisen voor erkenning van de taak 'consultatie' werd vastgesteld dat de aspirant tandarts-parodontoloog aan de hand van tien uitgebreid gedocumenteerde patiënten met ernstige parodontale problemen verslag doet van de wijze waarop hij tot opstelling en bespreking van een behandelingsplan is

gekomen. Verder moet de aspirant tandarts-parodontoloog aan de hand van twee geselecteerde patiënten zijn kennis en vaardigheden aantonen om zelfstandig een behandelingsplan te kunnen opzetten en bespreken.

b. Behandeling

Het op professioneel niveau bezitten van kennis en vaardigheden voor het uitvoeren van de behandeling van parodontale problemen. Als beoordelingscriteria van de taak 'behandeling' werd vastgesteld dat de aspirant tandarts-parodontoloog aan de hand van drie patiënten met ernstige parodontale problemen verslag doet van de wijze waarop deze patiënten door hem zijn behandeld. Het verslag omvat documentatie, behandelingsplan, verslag van de behandeling, de evaluatie van de resultaten van de behandeling. De aspirant tandarts-parodontoloog toont aan de hand van de behandeling van twee geselecteerde patiënten met ernstige parodontale problemen aan, kennis en vaardigheid te bezitten de behandeling uit te kunnen voeren en de resultaten van de behandeling te kunnen evalueren.

c. Onderwijs en voorlichting

Het op professioneel niveau bezitten van kennis en vaardigheden voor het initiëren van onderwijs en voorlichting in de parodontologie.

Voor erkenning moet de aspirant tandarts-parodontoloog bewijsstukken overleggen van minimaal twee voordrachten en een scriptie die zelfstandig is vervaardigd en geschikt is voor publikatie.

Het is belangrijk dat een gedifferentieerde tandarts (op welk gebied dan ook) op hoog niveau functioneert. Een continue toetsing hiervan is daarom noodzakelijk en in de ogen van de NVvP het meest adequate middel om het hoge niveau te handhaven. Daarvoor werd in het door de NVvP in 1987 voorgestelde reglement voor de tandarts-parodontoloog een Consilium Parodontologicum ingesteld met als taken:

1. Toetsen, erkennen en registreren van leden van de vereniging, die te kennen geven voor kwalificatie als TP in aanmerking te willen komen.
2. Opstellen van criteria waaraan de TP dient te voldoen; verrichten van kwalitatieve toetsingen gedurende de kwalificatietermijn.
3. Verlengen van de geldigheidsduur van een erkenning op grond van de resultaten van de genoemde toetsingen.

Tandarts-parodontologen die niet continu aan de eisen van het Consilium kunnen voldoen, wordt de kwalificatie ontnomen. Het is immers in het belang van de wetenschappelijke vereniging dat de door haar aanbevolen gedifferentieerde tandartsen professioneel functioneren en adequate methoden toepassen.

In de laatste 15 jaar is door verruiming van het onderwijs in de parodontologie voor studenten de training in parodontologie intensiever geworden en honderden algemeen-practici hebben aan nascholingscursussen in de parodontologie deelgenomen. Er mag worden aangenomen dat deze tandartsen patiënten met niet al te ernstige parodontale problemen zelf kunnen behandelen en dat daardoor de vraag naar gedifferentieerde tandartsen in de parodontologie in de toekomst kleiner wordt. Een beperkt aantal gedifferentieerde tandartsen in de parodontologie zal als zodanig moeten blijven functioneren voor patiënten met zeer ernstige parodontale problemen (jonge patiënten) en voor het toepassen van geavanceerde technieken tot behoud van de dentitie. Bovendien zijn voor hen belangrijke taken in het postacademisch onderwijs weggelegd.

Postacademiaal onderwijs

In 1993 werd het Orgaan PostAcademisch Onderwijs Tandheelkunde (PAOT) geprivatiseerd en heet nu Stichting Post Academisch Onderwijs Tandheelkunde. De doelstelling van de Stichting PAOT luidt: de bevordering, coördinatie en organisatie van het postacademiaal onderwijs in landelijk verband op het gebied van de tandheelkunde. Het woord 'coördinatie' is hier nieuw en geeft de Stichting een ruimere doelstelling dan het orgaan in het verleden had. Nieuw is ook artikel 4 van de stichtingsakte die de toetreding regelt van deelnemers:

1. Nederlandse instellingen van wetenschappelijk onderwijs, maatschappelijke organisaties en andere instellingen, die op het gebied van de wetenschap der tandheelkunde werkzaam zijn en die niet aan de oprichting van de Stichting hebben deelgenomen, kunnen te allen tijde aan het bestuur de wens te kennen geven als deelnemer tot de Stichting toe te willen treden.
2. Het bestuur beslist omtrent de toetreding als deelnemer na de zittende deelnemers gehoord te hebben en in aanmerking nemende de doelstelling van het Post Academisch Onderwijs Tandheelkunde en de doelstelling van de indiener van het verzoek.
3. Het bestuur kan aan de toetreding voorwaarden verbinden en deelt de toetreders in, in de categorie van onderwijsgevers, onderwijsontvangers of toezichthouders.

Dit opent de mogelijkheid voor de Stichting PAOT in de toekomst uit te groeien tot een overkoepelende organisatie op het gebied van bij- en nascholing (BNS) in Nederland.

Zo heeft de Stichting PAOT de mogelijkheid om naast accrediteren van niet-universitair aangeboden cursussen ook instellingen en organisaties die zich op verantwoorde wijze bezighouden met het organiseren en aanbieden van BNS te accrediteren. Tot op heden zijn accrediteringsovereenkomsten gesloten met de Stichting van Hoytema, de Stichting Wetenschappelijke Tandheelkundige Arbeid en het Dental Center for Postgraduate Courses. Gesprekken om tot dergelijke overeenkomsten te komen, lopen nog met de Stichting PAOT Noord Nederland, de Nederlandse Vereniging van Tandartsen en de (tandheelkundige) wetenschappelijke verenigingen.

Aangezien er tot nu toe geen verplichting bestaat tot het volgen van BNS, wordt het cursusaanbod in de huidige situatie in hoofdzaak bepaald door de vraag. Hooguit is er een stimuleringsbeleid vanuit het PAOT-bestuur in de richting van de universiteiten om het cursusaanbod uit te breiden en waar mogelijk nieuwe cursussen te ontwikkelen.

De indruk bestaat dat de universiteiten logistiek gezien tegen de grens zitten van hetgeen mogelijk is op het gebied van PAOT-activiteiten. Binnen het totale pakket van werkzaamheden is het daarom niet te verwachten dat zonder maatregelen het PAOT-aanbod hier flink zal groeien.

Los van het feit dat zeker op het gebied van bij- en nascholing stilstand achteruitgang betekent, zijn er bepaalde ontwikkelingen die het noodzakelijk maken de organisatiestructuur van de BNS in kwantitatieve, kwalitatieve en financiële zin op korte termijn te herzien.

1. De Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) verplicht iedere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg zijn bekwaamheid op peil te houden. Tevens verplicht zij een kwaliteitssysteem te ontwikkelen waaraan plicht tot herregistratie is gekoppeld. Deze ontwikkelingen maken dat het volgen van BNS niet langer wordt gezien als een individuele vrijblijvendheid maar als een professionele verplichting.
2. De EG-richtlijnen met betrekking tot gelijkgeschikeling van opleiding, erkenning van diploma's en behoud van kwaliteit en verlening van diensten.
3. De toekomstige invoering van een stage- of praktijkervaringsjaar in die EG-landen die een dergelijk jaar nog niet in geïncorporeerd hebben in de opleiding.
4. De ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg in het algemeen en van BNS in het bijzonder.
5. De nadere invulling en formulering van het begrip 'goed medewerkerschap' gekoppeld aan de individuele overeenkomst die zorgverzekeraars zullen sluiten, waarbij kwaliteitsafspraken – waaronder het volgen van BNS – zullen worden omschreven.
6. De veranderingen in de uitoefening van de tandheelkundige zorgverlening waarin beroepsdifferentiatie en horizontale verwijzing thans algemeen aanvaarde begrippen zijn geworden.
7. De randvoorwaarden die de overheid aan de studie/opleiding stelt (zoals een vierjarige doctoraalopleiding met daarboven een vijfde studiejaar, het beroepsjaar, waarbij de studiebelasting per jaar op gemiddeld 1700 uur is gefixeerd), maken dat bij de vaststelling van de inhoud van de eindtermen van de opleiding keuzen gemaakt zullen moeten worden.
8. Het door de NMT ontwikkelde kwaliteitsbeleid en het door haar Algemene Vergadering geaccordeerde beleid inzake registratie en herregistratie, de nota Horizontale Verwijzing en het zogenaamde Alpha Project.

Gezien de hierboven geschetste ontwikkelingen moet de vraag worden gesteld of de Stichting PAOT in zijn huidige organisatievorm voldoende toegerust is om in de komende jaren tandheelkundig Nederland kwalitatief en kwantitatief te blijven voorzien van voldoende bij- en nascholingsmogelijkheden. Bijstelling van beleid en organisatiestructuur van de Stichting PAOT is vermoedelijk geboden. Als aanzet hiertoe wordt op dit moment een beleidsnotitie ontwikkeld die een lijn wil uitzetten voor de periode 1995-1998.

A.A. Heyboer