

Lezerspost

Toewijzing opleidingsplaatsen

In discussie over de stelling 'Opleidingsplaatsen voor de studie tandheelkunde moeten worden toegewezen via selectie op geschiktheid in plaats van via loting' worden mijns inziens niet de juiste zaken aan de orde gesteld (*Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 4: 182-182). Er lijkt wat onredelijks in loting als mogelijk een potentieel goede tandarts kan worden uitgeloot, maar selectie heeft nog niet aangetoond er voor in te kunnen staan die potentieel goede tandarts wel (altijd) te kunnen selecteren. Sterker nog, er is ook nog niet aangetoond dat een getalenteerde en gemotiveerde student ook een goede tandarts wordt. Op dit moment weten we helemaal niet wie en wat iemand tot een goede tandarts maakt.

Gelukkig wordt er door de huidige discussie over vrije tarieven eindelijk gesproken over indicatoren van kwaliteit om die kwaliteit te meten. En hoe staat het met een student die matig presteert, totdat hij/zij als tandarts eindelijk de kans krijgt zich te bekwalen in een specialisme of differentiatie waar zijn/haar werkelijke belangstelling ligt?

Tandheelkunde is terecht een academische opleiding, maar het leidt toch veel meer op voor een bepaalde beroepsuitoefening dan bijvoorbeeld een studie rechten of economie. De discussie zou dan ook moeten gaan over de terugkoppeling van de kwaliteit van een beroepsbeoefenaar in plaats van over selectie aan de poort.

Als we nu pas beginnen de kwaliteit van de beroepsbeoefenaar te meten, dan zal het nog heel lang duren voordat een redelijke selectie aan de poort mogelijk is. Een meting/selectie voorafgaande is per definitie een meting op valse gronden. In dat geval is loting de minst onredelijke vorm van selectie.

F. de Winter, tandarts

Reactie 1

Uw stelling dat selectie aan de poort 'per definitie een meting op valse gronden is', is naar mijn mening onjuist. Juist de in veler ogen onrechtvaardige loting is mede aanleiding geweest tot het introduceren van decentrale selectie. Selectie aan de poort heeft zijn beperkingen, zo kan het (uiteraard) niet worden gekoppeld aan het direct verlenen van mondzorg bij patiënten, maar

je kunt sturen op wat je wilt meten door de inrichting van de stations die de kandidaten doorlopen. Deze stations zijn gebaseerd op competentiedomeinen uit het Raamplan Tandheelkunde 2008. Het is uiteraard een nulmeting. Tijdens de opleiding dient de student zich verder klinisch en professioneel te ontwikkelen met een continue beoordeling op de verschillende terreinen. Wat kwaliteit betreft moeten er in de opleiding nog verschillende aspecten worden uitgewerkt, maar er blijven voldoende andere argumenten bestaan die pleiten voor selectie aan de poort.

J. Tams

Reactie 2

Ik deel de mening van Frank de Winter dat selectie door loting de minst onredelijke vorm van selectie is. Mijn stellingname richt zich echter vooral tegen de aanname dat selectie aan de poort tot betere (snellere) studenten en tot betere beroepsbeoefenaren leidt. Voor deze aanname bestaat geen bewijs. Gezien het al hoge niveau van onze studenten valt er bovendien wat studiesnelheid betreft weinig winst te verwachten.

Voor de opleiding tandheelkunde bestaat een grote onbalans tussen vraag en aanbod die dwingt tot een vorm van selectie. Dit is al sinds decennia een gegeven. Er zijn geen aanwijzingen dat dit op korte termijn ingrijpend zal veranderen. De ervaring heeft ACTA geleerd dat selectie aan de poort een preciaire onderneming is op zowel inhoudelijk als menselijk vlak.

M. Vervoorn

In citaten

Het aandeel van mondhygiënist in de mondzorg voor kinderen blijkt in de praktijk niet in overeenstemming met de potentie, dat wil zeggen het deskundigheidsgebied en het beroepsprofiel, van mondhygiënist. Stimulering van herschikking van taken in de pedodontie in relatie tot mondhygiënist is daarom gewenst. Daarbij zou moeten worden beoogd de oorzaken van mondziekten aan te pakken.

[Lees meer op pag. 304](#)

Van een eenduidig gebruik van definities en terminologie betreffende gebitsslijtage is helaas geen sprake. Doordat er diverse definities door elkaar heen worden gebruikt die vaak ingewikkeld zijn geformuleerd, ligt verwarring op de loer. Eenduidige definities zijn gewenst en kennis hiervan is onontbeerlijk voor het diagnostisch proces. Ten behoeve hiervan is een nieuw beoordelingssysteem ontwikkeld dat bestaat uit modules, waarmee gebitsslijtage kan worden gekwantificeerd en de diverse typen kunnen worden herkend. Met deze gegevens kunnen vervolgens de mogelijke etiologische factoren worden benoemd.

[Lees meer op pag. 324](#)

In cijfers

77-89%

van alle manifestaties van de ziekte van Lyme in Europa betreft erythema migrans, dat een uitbreidende erythemateuze huidafwijking is. Deze huidafwijking treedt in de regel op na 7-14 dagen na de tekenbeet, maar dit kan variëren van 3-30 dagen. De huidafwijking kan zowel gepaard gaan met systemische symptomen, zoals koorts, spier- en gewrichtspijn, als met lokale symptomen, zoals jeuk, een branderig gevoel en pijn. Erythema migrans is een klinische diagnose en een serologische test is niet nodig en wordt zelfs afgeraden omdat 50-70% van de patiënten op het moment van presentatie nog geen antistoffen hebben ontwikkeld... [pag. 311](#)

