

SOCIALE TANDHEELKUNDE

DE TOEKOMST DER TANDHEELKUNDE

Sinds de laatste tien jaren is er geen vergadering van tandartsen, nationaal of internationaal, of op een of andere wijze komen de vraagstukken der „sociale tandheelkunde” ter sprake en talloos zijn de commissies die in meer of minder lijvige rapporten kond hebben gedaan van hun meningen over de problemen van kleuter- en jeugdverzorging, schooltandverzorging, sanering van de bevolking en wat dies meer zij.

Ongelukkigerwijze zijn wij ondanks dit alles zeer weinig verder gekomen.

Niettegenstaande het feit, dat in vele landen aanzienlijke sommen beschikbaar zijn voor de sociale tandheelkunde, dat regerings- en andere autoriteiten hun aandacht en belangstelling voor de hierbij bedoelde vragen hebben getoond, is de betrokken patiëntenkring niet alleen nog steeds verstoken van systematische mondsanering, maar hebben de tot nu toe genomen maatregelen ook allerminst geleid tot een betere tandheelkunde; wèl wordt vaak met nadruk het tegendeel vastgesteld!

Onder die omstandigheden lijkt het niet overbodig dit vraagstuk eens in zijn geheel van grond af te bezien, met name nu in Nederland gebleken is dat men van overheidswege uitziet naar „een redelijke tandheelkundige verzorging voor het Nederlandse volk”.

In de Memorie van Antwoord namelijk op de „Aanvullende Bepalingen tot het verlenen van de bevoegdheid van tandheelkundige”, geven de Ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Justitie hun inzichten op zó duidelijke wijze weer, dat niemand langer in twijfel kan zijn over de opvattingen te dezen opzichte aan beide departementen.

Van tandartszijde zal men uiteraard weinig gelukkig zijn met het feit, dat opnieuw ten onrechte aan onbevoegden een recht wordt geschonken op grond van voortdurende wetsovertreding; de eerlijkheid gebiedt echter te erkennen dat onder de huidige omstandigheden en met de argumenten in de Memorie van Antwoord naar voren gebracht, de beide ministers moeilijk anders konden handelen dan zij hebben gedaan.

Aangezien schrijver dezes, in de laatste dertig jaren, in dit tijdschrift vele malen van de verontwaardiging der tandartsen heeft doen blijken over de wijze waarop met de belangen der volksgezondheid en der tandheelkunde werd omgesprongen, wil hij thans bekennen met volledig begrip de bovenbedoelde Memorie te hebben doorgelezen, waarbij het standpunt der ministers zonder enig voorbehoud duidelijk werd gemaakt.

En waar — op goede gronden — mag worden aangenomen dat de gegeven uiteenzetting ook het inzicht van de betrokken experts aan de departementen weergeeft, is er nu alle reden om aan te nemen dat de allerongelukkigste wetsmisère inzake de tandtechnici haar laatste fase beleeft en dat er dus een einde zal zijn gekomen aan een situatie die in de afgelopen kwarteeuw aanzienlijk schade heeft gedaan aan de vooruitgang van de sociale tandheelkunde in ons vaderland!

Wie zich bezighoudt met de problemen van tandbederf, afwijkingen in de stand van tanden en kaken, en van parodontose, komt tot de conclusie dat 95% der mensheid lijdt aan tandcariës, dat ten minste 25% orthopedische hulp behoeft en dat op latere leeftijd nog meer gebitten te gronde gaan aan parodontose dan aan de gevolgen van tandcariës.

Voor een ieder is het dan duidelijk, dat het onder die omstandigheden uitgesloten is onmiddellijk afdoende hulp te bieden — al was het alleen reeds omdat het aantal tandartsen daarvoor veel te gering is.

Men make zich ook op dit gebied geen illusies. Nederland heeft op ruim tien miljoen inwoners \pm 2000 tandartsen en dat is zonder enige twijfel te weinig. In Amerika echter zijn er verhoudingsgewijze driemaal meer, en *dat is daar eveneens te weinig!* Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor de Scandinavische landen en Zwitserland.

Dit betekent, dat in Amerika bij een bepaald percentage van de bevolking, de vraag naar zeer uitgebreide hulp zó groot is, dat de daarvoor benodigde tijd veel meer tandartsen vergt dan in verschillende andere landen het geval is, waar grotendeels slechts eenvoudige hulp wordt gegeven. Vandaar dat men bij het hanteren van cijfers en statistieken uitermate voorzichtig moet wezen, willen zij niet volstrekt waardeloos zijn.

Is derhalve afdoende hulp voor een ieder momenteel uitgesloten, dan volgt de vraag: *Wat dan wel?*

Het antwoord kan heel eenvoudig zijn: *Preventieve* hulp voor zover mogelijk, en *systematische* hulp van kleuter en kind tot aan de volwassen leeftijd, *voor zover deze hulp op prijs wordt gesteld!*

Dit laatste betekent echter, dat men afstand zal moeten doen van verouderde begrippen en vooral ook van wensdromen.

Immers, sinds vele jaren heeft men zolang de schooltandverzorging gepropageerd tot dat thans velen het gevoel hebben dat hiermede een belangrijke panacee gevonden is tegen het euvel der tandcariës.

Het dient naar de mening van schrijver dezes met grote nadruk te worden vastgesteld, dat hoe eerder de schooltandverzorging in haar tegenwoordige vorm wordt afgeschaft, hoe beter het zal zijn, omdat dan de weg vrijkomt voor een *logische* tandverzorging van het kind.

De schooltandheelkunde is ongeveer veertig jaren geleden voor het eerst gepropageerd door Kantorowicz, in de overtuiging dat hiermee het ei van Columbus voor wat betreft de oplossing van het vraagstuk van het tandbederf gevonden was. Hij ging namelijk van het standpunt uit, dat juist in de schooljaren het blijvende gebit wordt gevormd, dat iedere carieuze aantasting begint met een kleine holte en dat — bij systematisch onderzoek en behandeling op de school — waar men immers *alle* kinderen bij elkaar heeft — het weinig moeite en kosten meebrengt om deze kinderen in stede van met een verwoest, met een gezond gebit de school te doen verlaten.

Wanneer men dan voorts dit gezonde gebit nu en dan zou laten controleren en zo nodig behandelen, dan zou het verder gemakkelijk mogelijk worden om op economisch verantwoorde wijze en met de eenvoudigste middelen een gebitsgezond volk te verkrijgen.

Dit leek alles heel simpel en heel mooi; wij hebben er allen in geloofd; er is evenwel bijzonder weinig van terecht gekomen en Kantorowicz is de eerste om dit te erkennen.

In de eerste plaats heeft systematische sanering van de kindermond alleen dan zin, wanneer het in *alle* scholen en over het *gehele* land plaats vindt en dat wel zó dat het aan gelijke normen voldoet.

Vervolgens is ongelukkigerwijze gebleken dat wél de verwaarlozing tijdens de schooltijd een verwoest gebit ten gevolge kan hebben, maar ook dat het gesaneerde gebit van de twaalfjarige met de meeste nauwgezetheid onderzocht en behandeld moet *blijven* wil al het voorafgaande werk niet vergeefs zijn geweest.

Voorts is er dan het carieuze melkgebit, waarvan men weet dat premature extracties verschuiving der elementen meebrengen met funeste gevolgen voor het blijvende gebit, afwijkingen in stand van tanden en kaken en met alle daaraan verbonden gevolgen voor eventuele parodontose op latere leeftijd. Gezien verder de aandacht die de „oral focal infection” in de medische wereld in de laatste decennia geniet, en de consequenties die dit heeft meegebracht voor de conserverende tandheelkunde, met name voor de wortelbehandeling, dan is het wel heel duidelijk dat het medisch ten enenmale onaanvaardbaar is, om bij een gesystematiseerd onderzoek en daarop volgende behandeling het melkgebit veelal in een toestand te laten, die ook met de meest bescheiden eisen die men aan het begrip „Volksgezondheid” kan stellen, spot!

Alleen al op diè grond is de schooltandheelkunde, zoals wij die heden ten dage kennen, een aanfluiting ook voor een minimale propaganda voor een behoorlijke mondhygiëne en behoort de verzorging van het melkgebit daarbij onmiddellijk te worden betrokken. Zou dit om praktische redenen niet mogelijk zijn, dan houde men op de verantwoordelijkheid te dragen voor een zogenaamde „schooltandverzorging”, die geen verzorging is en ondanks alle goede bedoelingen van zovelen, de dagelijkse ergernis moet wekken van iedere serieus werkende en serieus denkende deskundige.

De fout die hier gemaakt is — en die in vrijwel alle landen hetzelfde beeld te zien heeft gegeven — is geweest, dat men gemeend heeft een gehele bevolking in de kortst mogelijke tijd „dental minded” te kunnen maken.

In gesprekken met verantwoordelijke leiders uit die landen blijkt, dat men het thans hierover volledig eens is, doch dat het uiterst moeilijk is „die Geister die man auferufen wieder los zu werden”!

Men heeft nu immers af te rekenen, niet met argumenten, maar met sentimenten, en wanneer dan ook nog politieke sentimenten een rol spelen, wordt de situatie er niet eenvoudiger op.

En tóch zal zowel de tandarts als de leek dienen te gaan inzien, dat de hier bedoelde problemen *onoplosbaar* zijn, wanneer men niet begint met te erkennen, dat voor een sanering van de bevolking, ook wat betreft de verandering van de „mentaliteit”, enige generaties nodig zullen zijn.

Eerst dan kan men maatregelen treffen om — langzaam maar zeker — het percentage der gezondgemaakte en -gehouden gebitten zo hoog mogelijk op te voeren, in plaats van het monnikenwerk dat nu zo vaak

plaats vindt, omdat onder de huidige omstandigheden veelal een groot gedeelte van de zo moeizaam gedane arbeid, door onverschilligheid en gebrek aan inzicht weer verloren gaat!

Welke zijn dan die maatregelen?

In de eerste plaats alles doen wat mogelijk is om de aanstaande moeder en de baby, door geschikte voeding en vooral door propaganda tegen óngeschikte voeding, de nodige weerstand te geven tegen de latere bedreiging van tandcariës.

Vervolgens door te onderzoeken of het mogelijk is deze weerstand te verhogen door preventieve middelen, als bijvoorbeeld fluor in zijn verschillende vormen.

Het is duidelijk dat dit alleen met vrucht zou kunnen geschieden door een college van onafhankelijke experts, met een voldoende staf van bewaarde medewerkers, om door betrouwbare statistieken uit eigen land, al die gegevens te verkrijgen, die meer licht zullen kunnen werpen op de mogelijkheden van de strijd tegen de cariës.

In de tweede plaats komt dan de *behandeling* en deze zal uiteraard dienen te beginnen bij het begin, dat is dus bij de kleuter.

Men heeft zich — begrijpelijkerwijze — het hoofd gebroken over de methode om eventueel deze kleuters te kunnen bereiken, waar hier het gemakkelijke centrale punt — de school — ontbreekt en het lijkt allerm minst eenvoudig hiervoor een oplossing te vinden.

Gelukkig is dit ook niet nodig, wanneer men zich slechts op het standpunt wil stellen dat dit, ook wanneer het wèl mogelijk ware de kleuters in verband samen te brengen, onmogelijk zou zijn wegens het *enorme* aantal tandartsen daarvoor benodigd, omdat de kleuterbehandeling veel meer tijd vergt dan die van de volwassene en zelfs van die van het kind en dat men daarvoor ook nog tandartsen nodig heeft met zeer speciale eigenschappen, die men bij een groot deel van overigens wellicht voortreffelijke practici niet zal vinden.

Dat de kleuter in volgende generaties vermoedelijk veel gemakkelijker zal zijn te behandelen, ligt niet in de waarschijnlijkheid dat déze zal veranderen, maar wel dat de veranderde mentaliteit der ouders een zo grote rol bij de opvoeding zal spelen, dat deze een wezenlijke verandering ten goede zal veroorzaken, zoals wij die ook thans na een vijfenveertigjarige ervaring reeds kunnen waarnemen.

Men wakke de ouders op door doeltreffende propaganda, die parallel moet gaan met die voor aanstaande moeders, hun kleuters zo spoedig mogelijk ter onderzoek bij de tandarts te brengen en men doorringe bij het onderwijs de student van het zéér grote belang der kinder- en kleuterbehandeling.

Komt het kind op de school, dan is daar de aangewezen plaats voor regelmatig *onderzoek*, zoals dit ook door de *schoolarts* op velerlei gebied plaats vindt.

Men bepale zich echter tot dat onderzoek en zorg dat de ouders bekend zijn met het feit dat het kind eventueel moet worden behandeld, hetgeen dan dient te geschieden *door zijn eigen tandarts*, waartoe dus de ouders het initiatief moeten nemen.

Brengen zij dit laatste niet op, dan betekent dit dat het belang van een dergelijke behandeling niet wordt ingezien en dan behoren zij tot die nog steeds grote groep, die over het algemeen niet zullen *weigeren* hun kinderen door de schooltandarts te laten behandelen, maar die na afloop van de schooltijd geen enkele aandrang meer op het kind zullen uitoefenen tot verdere controle, met het gevolg dat vrijwel alle tijd, moeite en kosten vergeefs zullen zijn geweest.

Men zorge derhalve dat voor de goedwillende ouders de weg naar behoorlijke tandheelkundige hulp gemakkelijk open ligt en dan zal de ervaring leren, dat de vraag naar deze *systematisch* te geven hulp bij voortdurende zal stijgen. De aanwezige middelen zullen moeten bepalen op welke wijze dit alles zal kunnen worden gefinancierd, waarbij ook onder het oog zal dienen te worden gezien of, op psychologische gronden, het niet wenselijk zal zijn, in ieder geval enigermate door allen in de kosten te doen bijdragen.

Is de schooltijd voorbij dan zal — wil dit alles van enig nut zijn geweest — het de ex-scholier gemakkelijk moeten worden gemaakt, om door geregelde controle, en eventueel behandeling, tot zijn meerderjarigheid op deze wijze te worden doorbehandeld.

Als hij op die leeftijd nog niet voldoende is doordrongen van de waarde ener behoorlijke mondverzorging, dan is de moeite verloren geweest en kan men alleen maar hopen dat dit percentage zeer gering zal zijn, hetgeen uiteraard in hoge mate zal afhangen van de ervaringen door de patiënten opgedaan. Op bovenstaande wijze zal het zonder twijfel mogelijk zijn op den duur een gebitsgezond volk te verkrijgen; het tempo zal voornamelijk worden bepaald door de manier waarop de uitvoering zal plaats vinden.

Er blijft thans de belangrijke vraag: zijn er voor deze hulp voldoende krachten beschikbaar en zo neen, hoe verkrijgt men die?

De eerste vraag dient zonder meer ontkennend beantwoord te worden. Er zijn niet voldoende tandartsen voor dit werk beschikbaar en buitendien zal men ook — wil een en ander tot succes leiden — moeten trachten daarvoor practici te vinden die enthousiasme kunnen opbrengen voor kleuter- en kinderbehandeling.

Hier liggen — nu en voor de toekomst — aanzienlijke moeilijkheden.

De — na de oorlog — gewijzigde tandheelkundige opleiding heeft geen vermeerdering gebracht van het aantal tandartsen en het valt ook niet te verwachten dat de aanwas noemenswaard zal stijgen, wanneer daartoe van overheidswege niet geschikte maatregelen worden genomen.

Schrijver dezes draagt mede-verantwoordelijkheid voor de gewijzigde opleiding, maar ofschoon hij achteraf niet zo bijzonder gelukkig is met die verantwoordelijkheid, zouden de zijns inziens met succes aan te brengen verbeteringen, geen vermeerdering brengen van het aantal studenten.

Vandaar dat het geen verwondering hoeft te verwekken, dat men gezocht heeft (en waarlijk niet alleen hier te lande) naar mogelijkheden om het aantal tandheelkundige werkkrachten op te voeren en sommigen menen die gevonden te hebben in het creëren van hulpmiddelen, analoog

aan bijvoorbeeld de verpleegsters of de vroedvrouwen in het medische beroep.

Veel is hierover geschreven, het voor en tegen van alle zijden belicht, waarbij het opvalt dat in het algemeen de tandheerkundige professie zich tegen een zodanige creatie verzet, en dan de argumenten voornamelijk ontleent aan haar angst voor de kans van het zodoende ontstaan van een nieuwe vorm van onbevoegden, daar zij op de duur niet aan de verleiding zouden ontsnappen om financiële redenen zelf te gaan praktizeren om aldus een nieuw gevaar op te leveren voor de volksgezondheid.

En ofschoon het moeilijk verbazing kan wekken, dat van tandartsenzijde deze vrees, na de ervaring van zovele jaren sterk op de voorgrond treedt, moet het voor de objectieve beoordelaar evenzeer duidelijk wezen dat een dergelijk argument op de buitenstaander geen indruk kan maken. Niet alleen dat met recht kan worden betwijfeld of een behoorlijk opgeleide zogenaamde „dental nurse” of „dental hygienist” zich anders zou gedragen dan de verpleegster, is het voorts niet de tandarts die met zijn waarschuwing indruk zal maken. Hij wordt immers in deze als belanghebbende en veelal als fanaticus beschouwd en de outsider staat — terecht — op het standpunt, dat indien wèrkelijk de volksgezondheid in het gedrang zou kunnen komen, er wettelijke middelen zijn om dit te betten.

Een en ander zou derhalve nimmer een motief mogen zijn om geen hulpkrachten op te leiden, wanneer aangetoond zou kunnen worden dat daardoor de mogelijkheid van een betere mondbehandeling zou zijn gewaarborgd.

Nu blijkt echter — jammer genoeg — dat dit geenszins het geval is, althans zeker niet voor Nederland en het kost weinig moeite de bewijzen hiervoor te leveren.

Wil men voor de *behandeling* van kinderen hulpkrachten inschakelen, dan dienen deze meer te kunnen presteren dan tandreiniging, röntgenfoto's en eventueel het maken van een status praesens. Want de beide laatste verrichtingen zouden niet veel tijd besparen; met name zou de status praesens toch weer door de tandarts moeten worden gecontroleerd, en ofschoon tandreiniging een zeer waardevolle aanvulling zou zijn van de thans vigerende behandeling, dient men te bedenken, dat dit inderdaad niet anders dan een *aanvulling* zou wezen, omdat het tot op heden praktisch niet geschiedt. Met andere woorden de „dental hygienist” zou géén noemenswaardige verbetering brengen in het tekort aan hulp in de sociale tandheerkunde.

Dan, volgt de „dental nurse”, dat wil zeggen het meisje zoals het sinds dertig jaren opgeleid wordt in Nieuw Zeeland en die in staat is eenvoudige vullingen te leggen in de kindermond onder toezicht van de tandarts. Zij zorgt natuurlijk voorts voor behoorlijke mondhygiëne bij het kind en voor de nodige propaganda bij de ouders. Haar werkzaamheid wordt in Nieuw Zeeland door de tandartsen geprezen en naar het schijnt verlaten de kinderen inderdaad met gezonde gebitten de school.

Maar daarmee houdt dan ook de waarde op en treden de schaduwzijden van dit systeem wel heel sterk aan het licht. Want intussen hebben

twee wereldoorlogen aangetoond dat een zéér hoog percentage van de rekruten, ondanks een voortreffelijke gezondheid en volmaakt geschikt voor de militaire dienst de dragers waren van *volledige kunstgebitten*, hetgeen dus weinig anders zeggen wil dan dat de resultaten der school-tandverzorging voor een zeer groot deel weinige jaren later reeds verloren waren.

Een ander typerend beeld van de toestand daar, moge volgen uit een correspondentie die de schrijver enige jaren geleden had met de secretaris van de New-Zealand Dental Association, naar aanleiding van een hem gedaan verzoek om kritisch commentaar op de methoden waarmede de tandartsen in Nieuw Zeeland pogingen ondernamen de „dental-mindedness” der ouders op te voeren.

Ik laat hier een en ander uit deze correspondentie volgen, waarbij de secretaris antwoordt op mijn verbaasde vraag waarom juist in Nieuw Zeeland met een meer dan dertigjarige werkzaamheid der „dental nurses” deze opvoeding zo nodig blijkt:

„The School Dental Nurses work with children under the age of 15 years. When a child reaches that age he or she is transferred tot Dental Benefits under the Adolescent or Private Practitioner Scheme and remains eligible for free treatment until the age of 19 years.

In other words, responsibility for treatment and dental health education during the impressionable adolescent years is in the hands of the dentists. I think you would agree that dental health propaganda should mean more to an adolescent youth than to a young child.

We further believe, and the activities of the Council on Dental Health of the American Dental Association confirm this belief, that health education must be continuous if it is to be effective.

The School Dental Nurses do an excellent job in health education by encouraging the establishment of good health habits at an early age. Unfortunately, however, in the past, dental health education of the individual, has ceased at 15 years of age. Private practitioners have either not indulged in chairside or „face-to-face” education or have done so spasmodically or ineffectively.

In short, we believe that dental health education will only become effective when individual „face-to-face” teaching by private practitioners is made a logical continuation of any scheme of public dental health education.

With your remarks regarding dental research, we are in entire agreement. We believe that there are three basic principles that should be met in public health dentistry:

1. *Research* into the cause of dental diseases and improved methods of prevention is fundamental;
2. At the same time we must be practical and admit that children's teeth will still decay; malocclusions and periodontal disease will still be in evidence until such time as prevention becomes a reality. The provision of *treatment services* is thus at present essential.

3. In addition, and in view of the shortage of dental man- and woman power, *health education* is a necessary adjunct in order to disseminate advice and instruction on home care of the teeth and associated structures."

Dit alles lijkt niet bepaald bemoedigend wat betreft de resultaten van de zo hoog geprezen nurses.

In Nieuw Zeeland waren in 1949 op 1.8 miljoen inwoners 750 tandartsen en 450 dental nurses. In verhouding zou dit voor ons land \pm 4.500 tandartsen en \pm 2.700 nurses betekenen. De kosten per patiënt waren toen £ .1.7.3.— en zullen nu vermoedelijk nog een stuk hoger liggen. Het aantal patiënten per nurse bedraagt 450—500 kinderen.

Wanneer men daarbij bedenkt, dat de kosten van opleiding zeer hoog zijn, dat de gemiddelde duur van praktijk doen (door huwelijk) nog geen vijfde bedraagt van die van een tandarts, dan wordt de zaak er niet beter op. En als men dan overweegt wat er hiër te lande van terecht zou komen, waar men enige duizenden meisjes nodig zou hebben om enig gewicht in de schaal te leggen en waar men deze meisjes *niet* uit de mulo scholen zou kunnen rekruteren, omdat dan opleiding en mentaliteit haar niet geschikt zouden zijn voor dit ambt, althans niet zonder een „vervolg opleiding” die ook weer tijd en geld zou vergen, dan vraagt men zich af: wie is er die gelooft hier een succes van te kunnen maken? Hoe stelt men zich de opleiding voor? Gecentraliseerd, bijvoorbeeld in het midden van het land, is zij uiteraard niets waard omdat deze meisjes niet gaan „studeren” of wel men moet er een internaat van maken met alle moeilijkheden en kosten van dien. En ook dan zou één school onvoldoende zijn.

En als men dan ten slotte voldoende van die gediplomeerde meisjes zou hebben, is men er dan zo zeker van dat zij bereid zijn naar alle hoeken en gaten van het land te gaan om daar al „nursende” te vegeteren?

Wie inderdaad in ernst gelooft dat dit project voor Nederland van enigerlei betekenis zou zijn, neme zich de moeite als schrijver dezes jaren geleden eens heeft gedaan, om een schema te maken van de opzet, de duur de kosten, de docenten, het patiëntenmateriaal enz. en die moeite zou dan naar onze overtuiging, beloond worden door het verkrijgen van de wetenschap, dat ook langs deze weg geen aanmerkelijke verbetering in het sociaal tandheelkundig probleem is te verwezenlijken.

Er blijft dan nog slechts één mogelijkheid over en dat is: méér tandartsen! De overheid zal hierbij in moeten grijpen om het — door het verlenen van financiële steun — mogelijk te maken het aantal studenten belangrijk te doen toenemen; zij zal door een opleiding, ook aan de Universiteiten van Amsterdam en Leiden, de studiemogelijkheid moeten verruimen en dit alles zal dan tóch goedkoper en doelmatiger zijn dan de opleiding van bruikbare hulpkrachten.

Dit zal echter vermoedelijk, ook met financiële steun, niet gelukken wanneer men de aanstaande student (èn zijn ouders) niet kan overtuigen dat hem later een prettige werkkring wacht en die is moeilijk te suggereren, wanneer zijn toekomst betekent, voor het grootste gedeelte van zijn

tijd aangewezen te zijn op ziekenfondspraktijk, hetgeen momenteel voor de tandheelkunde wil zeggen, hulp verlenen met de eenvoudigste middelen en in een tempo, die ook het toepassen van eenvoudige middelen veelal onvoldoende doen zijn.

Hij zal dan waarschijnlijk de voorkeur geven aan de medische studie, daar de arts, ook voor zover het de ziekenfondspatiënten betreft, dezelfde methoden en hulpmiddelen kan toepassen die hem in de particuliere praktijk ten dienste staan.

Ten slotte is er dan nog één punt, dat wellicht eveneens overweging verdient. Vele jaren geleden heeft in dit Tijdschrift Dr. W i t t h a u s een lans gebroken voor een „plichtjaar”, waarbij hij de jonge tandartsen een jaar onder toezicht op sociaal gebied wilde laten werken.

Sedertdien moeten de meesten *twee* jaar in militaire dienst doorbrengen en de vraag doet zich voor: waarom blijven de anderen — zowel de meisjes, als de voor de dienst afgekeurden maar wel praktizerenden — vrij van enige verplichting?

Waarom zouden zij niet evengoed en op soortgelijke wijze hun land dienen door een overeenkomstige tijd in plaats van militairen, kinderen te behandelen en daarbij nog het voordeel kunnen hebben van een te ontvangen gespecialiseerde opleiding?

Uit bovenstaande moge blijken, dat de problemen der sociale tandheelkunde niet alleen niet gemakkelijk zijn op te lossen, maar ook dat zij vele facetten raken die niet direct verband houden met hulp aan kleuters en kinderen. Dit alles neemt echter niet weg, dat wanneer men eindelijk de vele commissies eens als uitgestudeerd zou beschouwen en een klein aantal van de besten onder die uitgestudeerden een dwingende opdracht zou geven tot het indienen van efficiënte maatregelen, er zeer snel aanzienlijke verbeteringen tot stand zouden kunnen worden gebracht.

Dr. Ch. F. L. N o r d