

## BIJZONDERE STUKKEN

### OVER DE BEHANDELING VAN MOEILIJKE KINDEREN

#### *Definitie.*

Wanneer men spreekt over de behandeling van moeilijke kinderen, dan vereist het adjectief „moeilijk” eigenlijk wel een nadere omschrijving. Men is immers zou gauw geneigd te denken aan die vorm van onhandelbaarheid, waarbij de „schuld” aan de zijde van het kind ligt. In feite is dat slechts bij uitzondering het geval: de onhandelbaarheid berust bijna nooit op doelbewuste tegenwerking; veeleer is sprake van een natuurlijke of instinctmatige afweerreactie, die uit angst voortkomt. Het spreekt vanzelf dat de uitwendige omstandigheden daarbij ook hun invloed doen gelden. Er zijn auteurs, die de moeilijke kinderen in verschillende categorieën onderbrengen, afhankelijk van hun gedragingen in de behandelkamer van de tandarts. Anderen – bv. ALBUM en medewerkers, die in de jongste aflevering van de *Int. Dental Journal* aan dit onderwerp een uitvoerige beschouwing wijden – zijn daar weer op tegen. Zij willen er slechts van uitgaan, dat ieder kind zich gesteld ziet voor het probleem, zich aan de wisselende levensomstandigheden aan te passen, en daar hoort nu eenmaal ook de tandheelkundige behandeling toe. Het betreft hier overigens een probleem, dat het kind zichzelf niet heeft geschapen; om de hieraan verbonden moeilijkheden het hoofd te bieden, behoeft het hulp en leiding.

#### *Begrip voor het kind*

De behandeling van het moeilijke kind is een gecompliceerde zaak. Zij omvat niet alleen de methoden, men zou zelfs kunnen zeggen: de techniek, om het kind zover te brengen, dat het de behandeling redelijk toestaat. Meer nog vraagt zij een juist begrip van het kind als persoonlijkheid, met al zijn eigenaardigheden, : de lichamelijke en psychische stoornissen, waaronder het wellicht gebukt gaat, de emotionele conflicten, die het te verwerken heeft. Natuurlijk zijn daarbij zijn huiselijke omstandigheden van belang, zijn positie in het gezin, maar niet minder zijn erfelijke belasting. Dat daarnaast de psychische gesteldheid van de behandelende tandarts een factor van gewicht is, behoeft geen betoog. Op hem rust intussen de taak de oorzaken van de moeilijkheden van het betrokken kind op te sporen, opdat hij aan de hand daarvan kan trachten, de bestaande weerstanden te overwinnen.

Deze problemen leggen de tandarts een niet geringe verantwoordelijkheid op. Ten einde het kind beter te begrijpen wordt dus eigenlijk van hem gevraagd, het in zijn totaliteit te bestuderen. De individuele verschillen, die kinderen uiteraard in hun karakter vertonen, doet hen reageren als individuen. Als zodanig zijn zij ook gevoelig voor vriendelijkheid, ernst en oprechtheid. Over het algemeen zal het niet gauw voorkomen dat een tandarts een kind opzettelijk pijn doet, wèl ge-

### *Bijzondere stukken*

schiedt dit uit onwetendheid, uit onbekendheid met de speciale karaktereigenschappen van het kind. Het is daarom voor de tandarts van groot belang, van de primaire, individuele karakterverschillen goed doordrongen te zijn; het verruimt zijn mensenkennis in het algemeen en het vergroot zijn geduld en zijn verdraagzaamheid, twee eigenschappen, die bij de behandeling van kinderen van essentiële betekenis zijn.

#### *Kinderbehandeling niet populair*

Nu is het een feit, dat veel practici, op welke gronden dan ook, weinig geschiktheid tonen voor de behandeling van kinderen; veelal doen zij dit dan ook niet. De voornaamste reden is volgens ALBUM c.s. daarin gelegen, dat zij geen kans zien, het kind voor zich te winnen, inderdaad veelal een moeizaam en tijdrovend proces, met veel kans op een zeer beperkt resultaat. Er is dus niet zoveel aantlokkelijks in, zich te verdiepen in de achtergronden van het betoonde verzet, waarvan angst doorgaans de drijvende kracht is. Velen brengen het daarom vaak niet verder dan een – desnoods enkele malen herhaalde – oppervlakkige, vluchtige en dus ondoeltreffende behandeling. Gelijk iedere practicus wel weet, komt het resultaat gewoonlijk slechts neer op verlies van tijd (die onvoldoende wordt gehonoreerd) en van geduld, omdat het vertrouwen van het kind dikwijls toch niet wordt gewonnen, of bij een minimum aan pijnlijkheid tijdens de behandeling weer aanstonds wordt verspeeld. Men ziet dan begrijpelijkerwijs maar liever van verdere behandeling af (immers tijd is kostbaar), doch dat leidt onvermijdelijk weer tot blijvende veronachtzaming en achteruitgang van het gebit en tot schuldgevoelens bij de betrokken tandarts, wijl hij weet dat dit het tegendeel van de bedoeling is. De taak, het angstige kind zó op te vangen, dat het de behandeling zonder strubbelingen aanvaardt, vereist bijzondere karaktereigenschappen, die nu eenmaal niet ieder gegeven zijn. Het mag zeker vergeeflijk worden geacht, wanneer de tandarts, vooral bij de tegenwoordige zware belasting der praktijken, deze niet, althans niet voortdurend, kan op brengen. Maar het blijft niettemin zijn plicht, te doen wat hij kan, en zich dus niet te laten leiden door gemakzucht, nog minder door de overweging dat zijn pogingen niet naar rato worden gehonoreerd.

#### *Oorzaken van angst*

De angst, die het kind tot verzet tegen de behandeling drijft, kan verschillende oorzaken hebben. Het is bijvoorbeeld heel goed mogelijk, dat zij slechts het gevolg is van onbekendheid met de omgeving. In dat geval is de wijze waarop de practicus het tegemoet treedt, al dadelijk beslissend voor zijn verdere reacties. Meestal zal de angst dan niet diep geworteld zijn en dan is slechts wat tact bij de ontvangst en wat behoedzaamheid tijdens de behandeling vereist, om het kind over de eerste drempel heen te helpen. Vaak is het kind dan voorgoed gewonnen, ja zelfs geestdriftig; alleen is het verzadigingspunt van deze geestdrift uiteraard gauw bereikt.

Ter voorkóming van deze angst-door-onwennigheid kan het nuttig zijn, dat



het kind vooraf al eens een enkele maal zijn moeder heeft vergezeld en de behandeling heeft bijgewoond. Maar daarmee is alweer voorzichtigheid geboden: in de eerste plaats mag deze behandeling dan niet te ingrijpend of bloedig wezen (een extractie bv.) want ook een niet overgevoelig kind zou dit als een ontoelaatbare agressie tegen zijn beschermster ervaren; in de tweede plaats hebben deze „aanpassingsbezoeken” geen zin, wanneer de moeder (en dus waarschijnlijk ook het kind) nerveus is, tegen de behandeling kennelijk opziet, en zich daarover wellicht in het bijzijn van het kind al heeft uitgelaten.

Dat laatste is op zichzelf weer een oorzaak: niet zelden is het verzet van het kind gebaseerd op sensationele verhalen, die het in zijn omgeving heeft opgevangen. Van dit gebrek aan psychologisch inzicht geven blijkbaar helaas ook veel ouders nog blijk. Wanneer dan de begeleidende moeder behalve nerveus ook sentimenteel is (wat niet zelden samengaat) dan zal zij door haar neiging, het kind in alles zijn zin te geven en het aldus op de weg van de minste weerstand te drijven, een sterke negatieve invloed uitoefenen. Immers door haar eigen afkeer van tandheelkundige behandeling is zij al gesterkt in de overtuiging, dat haar kind straks pijn zal worden toegebracht, en de negatieve gevoelens die zij zelf al bij voorbaat ten opzichte van de tandarts koestert, worden heel gemakkelijk op het (verwende) kind overgebracht. Wanneer het kind dan bovendien van nature al wat dwars – althans weinig meewerkend – is, dan zijn de vooruitzichten voor een doeltreffende behandeling bepaald slecht. Dit alles geldt nog in versterkte mate, wanneer het kind een lichamenlijk of geestelijk gebrek vertoont: het medelijden van de moeder is dan uiteraard nóg sneller gewekt.

Een andere oorzaak van angst wordt gevormd door vroeger ondergane operaties (tonsillen!), op grond waarvan het kind in iedere drager van een witte jas een gevaarlijke agressor ziet. Daarbij komt nog dat de specifieke geur, die in elk tandheelkundig praktijkhuis hangt, direct ongewenste associaties wekt met het ziekenhuis, waar de eerste schokkende ervaringen werden opgedaan.

Doch dit zijn alles uitwendige oorzaken: op zichzelf zijn nòch de onwennigheid, nòch de sterke verhalen van anderen, nòch de vroeger doorgemaakte operaties beslissend voor de handelbaarheid. In dit opzicht leggen de interne oorzaken veel meer gewicht in de schaal. In verband daarmee kan worden aanbevolen, de belangwekkende beschouwingen van Mevr. FRILING-SCHREUDER te herlezen (Tijdschrift Tandheelk. 63:406, mei 1956). Zij betoogt dat er neurotische kinderen zijn die door een stoornis in hun ontwikkeling een zó elementaire angst voor de tandarts hebben, dat ook de meest vriendelijke, rustige en beheerste tegemoetkoming deze niet kan overwinnen. En nu moge dit een meer extreme toestand zijn, de ervaring in de praktijk leert dat er dan toch in ieder geval vrij veel lichtere vormen van neurose vóorkomen, die het de practicus moeilijk genoeg maken.

#### *Geen vaste regels*

Het bovenstaande toont genoegzaam aan dat elk kind tot op zekere hoogte een product is van erfelijke eigenschappen en milieu, en als zodanig bezit het psy-

### *Bijzondere stukken*

chische kenmerken die zijn persoonlijkheid en zijn individuele reacties grotendeels bepalen. Door de strikt individuele verschillen is het natuurlijk niet mogelijk, vaste regels te geven voor de wijze waarop de tandarts met het kind moet omgaan. Aan de andere kant: als de oorzaak van zijn verzet eenmaal bekend is, dan kan de practicus zijn houding vooraf zoveel mogelijk bepalen, zodat zijn optreden meer rationeel dan empirisch kan wezen.

### *Algemene richtlijnen*

Tenzij een tandarts zich geheel op de behandeling van kinderen toelegt, vereist de wachtkamer geen speciaal meubilair. Met een kindertafel, een paar bijbehorende stoeltjes en wat vrolijk geïllustreerde boeken en tijdschriften is de uitrusting eigenlijk al voltooid. Van een wandbekleding in rustige kleuren moge voorts nog een ontspannend effect uitgaan, veel belangrijker is het dat het kind niet of nauwelijks behoefte te wachten. De tijd, in de wachtkamer doorgebracht, verhoogt maar onnodig de spanning.

In het algemeen is het niet gewenst, kinderen tussen 4 en 7 jaar na de middagschooltijd te behandelen. Zij zijn door alle indrukken van de dag vaak vermoeid en hebben behoefte aan ontspanning en spel. Na een hele schooldag kunnen zij zich moeilijk meer aan een vreemde omgeving aanpassen. Daarom is behandeling in de ochtenduren het geschiktst, liefst ook op een tijdstip dat de tandarts het minst door telefoon of anderszins wordt gestoord.

Van de meeste normale kinderen van ongeveer drie jaar, die voor de eerste maal de tandarts bezoeken ter controle van het alsdan volledige melkgebit, mag worden verwacht, dat zij het onderzoek zonder veel tegenstribbeling zullen aanvaarden. Dit eerste bezoek is – gelijk gezegd – dikwijls van beslissende betekenis. Het is van belang dat de tandarts bij die gelegenheid attent is op zijn persoonlijke gewoonten: kinderen hebben een scherp opmerkingsvermogen en zijn vaak zeer openhartig in hun – soms pijnlijke – commentaren. Ook is het goed wanneer de tandarts vooraf kennis heeft genomen van de persoonlijke eigenaardigheden van het kind, zo bv. van de dingen die zijn speciale voorkeur of afkeer genieten, zijn liefhebberijen, etc. Betreft het de behandeling van gebrekkige kinderen, dan is het zaak het kind zoveel mogelijk als volwaardig te beschouwen, dus met tijdelijk voorbijzien van het gebrek. Daardoor bereikt men dat het kind zich door zijn handicap niet extra gehinderd voelt en dat kan de behandeling alleen maar ten goede komen.

### *Vriendelijk, vastberaden, oprecht en geduldig*

Voorop mag staan dat de tandarts het kind op vriendschappelijke wijze, zonder vertoon van gezag en vooral niet bars, tegemoet dient te treden. Hij bedenke dat het kind zeer gevoelig is voor vriendelijkheid, evenals voor ernst en oprechtheid. Daarom heeft het ook recht te weten wat er met hem gebeuren gaat. Geduld en vastberadenheid zijn tevens van grote betekenis, want op deze wijze worden de beste kansen geschapen voor een positieve instelling van de zijde van het kind. Kinderen willen graag alles weten en zijn gauw geneigd het terrein te verkennen.



Het is raadzaam hieraan tegemoet te komen en hun vragen direct en naar waarheid te beantwoorden. Dit voorkomt moeilijk te aanvaarden teleurstellingen. Aan de andere kant is een al te grote gemeenzaamheid ook weer niet goed, want dat kost de practicus licht een deel van zijn autoriteit.

Bij het eerste bezoek begroete men het kind bij zijn naam, niet overdreven of demonstratief, maar zoals men een volwassen vriend zou begroeten. Het getuigt niet van een juist inzicht, aanstonds af te dalen tot het kinderlijke niveau, want een kind voelt het onwaarachtige daarvan en dat is niet bevorderlijk voor de juiste verstandhouding.

#### *Ouders aanwezig?*

Over de wenselijkheid van de aanwezigheid van vader en/of moeder bestaat verschil van opvatting. Sommige auteurs willen deze zelfs bij de eerste visite niet toestaan, anderen willen haar daartoe beperken. Ook zijn er die in principe geen bezwaren hebben als de moeder de behandelingen bijwoont, vooropgesteld dat zij geen storende factor gaat vormen. Verschillende schrijvers zijn trouwens van oordeel dat de tegenwoordigheid van ouders in de behandelkamer over het algemeen geen nadelige invloed op de gang van zaken uitoefent. GESELL en ILG zijn overtuigd dat heel jonge kinderen zo sterk van hun moeder afhankelijk zijn, dat een abrupte scheiding alleen maar schadelijk werkt, doordat de angsten versterkt worden.

De behandeling zelf dient volgens een weloverwogen plan te geschieden, zodat het tijdverlies zo gering mogelijk is. Het kind mag echter ook weer niet de indruk krijgen dat het als het ware zo gauw mogelijk wordt weggewerkt.

#### *Tegenstribbelende kleintjes*

Wanneer een klein kind in de wachtkamer al tegenstribbelt en weigert met de assistente mee naar de behandelkamer te gaan, dan moet het er eenvoudig heen gedragen en op de stoel gezet worden, opdat het begrijpt, dat zijn wil geen wet is. De tandarts dient het dan vriendelijk doch vastberaden toe te spreken, in termen die het gemakkelijk begrijpen kan, hetgeen volstrekt niet zeggen wil, dat hij in een soort van babytaaltje moet vervallen. Kalmte is natuurlijk geboden, met een te fors optreden bereikt men niets, want dat kan de situatie voor toekomstige bezoeken al bij voorbaat bederven. Aan veel volwassenen is nog te merken dat zij in hun kinderjaren een geforceerde behandeling hebben ondergaan.

Verschillende auteurs bevelen aan de mond van het kind zachtjes met de hand te bedekken, wanneer het in de stoel blijft huilen, met de belofte dat de hand zal worden weggenomen, zodra het daarmee ophoudt. Dit zou dan de enige methode wezen om het kind psychisch te bereiken. Is de tegenstand eenmaal overwonnen en laat het kind zich redelijk helpen, dan dient er over het incident ook niet langer te worden gepraat: het is dus als vergeten te beschouwen. Veel hangt bij dit alles natuurlijk af van de persoonlijkheid van de behandelende tandarts: enerzijds mag hij niet te fors optreden, anderzijds dient hij te voorkomen, dat het kind hem de baas wordt. En altijd moet hij zijn kalmte bewaren.

## *Bijzondere stukken*

### *Plaatselijke verdoving*

Omdat de angst voor werkelijke of vermeende pijn de meest voorkomende oorzaak is van ongewenste reacties van het kind, ligt het voor de hand, plaatselijke verdoving toe te passen. Met de tegenwoordige preparaten kan men in het algemeen wel algehele gevoelloosheid van het operatiegebied bereiken. Maar ook dit hulpmiddel vereist een zekere psychische voorbereiding van het kind, vanwege de begrijpelijke weerstand tegen de „prik”.

Nu kan een goed oppervlakte-anestheticum de pijnlijkheid van de injectie zoal niet geheel wegnemen, dan toch aanmerkelijk reduceren. Natuurlijk is een moeilijk kind ook schrikachtig voor het opspuiten daarvan, maar dat kan men vooraf desnoods even op de hand demonstreren. Van groot belang is voorts, een scherpe naald te gebruiken en langzaam te injiceren. Niettemin is ook hierbij een resoluut optreden noodzakelijk. Niet vergeten mag worden, het kind te vertellen hoe door de injectie verhemelte en lip stijf zullen aanvoelen; dit voorkomt angst voor deze onbekende gewaarwording. Ook doet men er goed aan te waarschuwen dat het kind niet op de gevoelloze lip gaat bijten, omdat aldus het weefsel ongemerkt beschadigd zou worden.

Sommigen menen dat jonge kinderen juist in de eerste plaats bang zijn voor injecties. Daartegenover staat de opvatting dat het niet verstandig is deze uit te stellen tot de behandeling (bv. caviteits-preparatie) te pijnlijk is geworden. ALBUM c.s. menen dat de voordelen van locale anesthesie veel groter zijn dan de nadelen. Want niet alleen kan men bij toepassing van plaatselijke verdoving pijnloos prepareren, maar tevens nauwkeuriger en rustiger werken. Men bespaart zodoende tijd en energie, en het kind – aldus schr. – is er dankbaar voor.

### *Premedicatie*

In de jaren na de oorlog wordt, vooral in Amerika, premedicatie frequent toegepast, ook bij zuiver tandheelkundige behandeling. ALBUM c.s. zien in premedicatie een bijzonder waardevol hulpmiddel ter bestrijding van angst bij moeilijke kinderen, speciaal wanneer zij psychisch gestoord zijn.

### *Tranquilizers*

Het betreft hier in de eerste plaats een nieuwe groep geneesmiddelen, die op het ogenblik in de belangstelling van zowel het algemene publiek als de artsen een belangrijke plaats inneemt, en waaraan GAARENSTROOM en VAN NOUHUYS in een van de laatste afleveringen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde belangwekkende beschouwingen wijden. Men noemt ze „tranquilizers” of ataractica. Het laatste woord is afgeleid van het Griekse „ataraxia”, d.i. gemoedsrust. Deze stoffen, die zowel in chemische samenstelling als in farmacologische werking verschillen, kunnen bij juiste dosering spannings- en angsttoestanden opheffen, ogenschijnlijk zonder hypnotisch-narcotisch bij-effect, doch dit laatste is zeker lang niet altijd het geval. Zij zijn bij de behandeling van geestelijk gestoorden van aanzienlijke waarde gebleken. Niettemin brengt hun gebruik een risico mee, want vele ervan zijn pas kort geleden in gebruik genomen en



de meeste zijn weinig bestudeerd. Hun uiteenlopende samenstelling is oorzaak dat zij naast hun therapeutische werking als tranquilizers diverse bijverschijnselen kunnen teweegbrengen o.a. depressie van het centrale zenuwstelsel, hypotensie, daling van het aantal leukocyten). Verder is het van belang te weten dat vrijwel alle een potentiërende activiteit ontwikkelen ten opzichte van barbituraten en andere narcotica.

Bij vroegere gelegenheden had ALBUM zich al in gunstige zin uitgelaten over de toepassing, speciaal bij kinderen met hersenaandoeningen, van mefenesine (Tolserol), dat een spierslappende werking heeft (cf. Sectie VII, no 170, 1953, no 405, febr. 1956). Volgens VAN NOUHUYS is dit middel vanwege de ongewenste bijverschijnselen weer in onbruik geraakt. Bij een onderzoek van derivaten van mefenesine werd n.l. gevonden, dat meprobaat (Equanil) eveneens de spieren doet verslappen, doch veel minder giftig is. Van de andere tranquilizers noemt ALBUM promethazine (Phenergan), en chloorpromazine (Largactil, Thorazin, Megaphen). Er zijn evenwel nog diverse andere stoffen tot de ataractica te rekenen.

Dat de Amerikaanse auteur de toepassing van zulke middelen bij de kinderbehandeling aanbeveelt is niet zo verwonderlijk als het de gereserveerde Nederlandse lezer lijkt. In Amerika zijn zij blijkbaar vrij in de handel en volgens VAN NOUHUYS werd daar in 1956 voor een bedrag van 140 miljoen dollar aan tranquilizers verkocht. Men neemt aan dat dit getal over vijf jaar meer dan verdubbeld zal zijn. GAARENSTROOM schrijft dan ook dat vooral in Amerika, doch ook reeds in sommige andere landen, reeds een omvangrijk misbruik van deze middelen bestaat. Het denkbeeld dat er „gelukspillen” verkrijgbaar zijn, die alle onaangename gedachten kunnen wegnemen, werkt fascinerend. Het is echter gemakkelijk te begrijpen – aldus schr. – dat onoordeelkundig slikken van deze stoffen kan leiden tot een verlaging van de psychische spanning tot onder het niveau, dat voor het dagelijkse leven noodzakelijk is.

Hoewel men met verschillende van deze stoffen in de psychiatrie opmerkelijke resultaten heeft geboekt, zijn de ervaringen nog onvolledig. Vooral de mogelijkheid van ongewenste bijwerkingen, verslaving, e.d. maakt dat men over de toepassing ervan in de tandheelkundige praktijk zeker niet lichtvaardig mag denken.

Nog andere vormen van premedicatie worden door ALBUM en medewerkers genoemd. Bijzonder nuttig achten zij de combinatie van een kortwerkend barbituraat (Seconal) en een analgeticum (Demerol), die elkaars werking versterken. Eventueel kan daar scopolamine aan worden toegevoegd.

### *Algemene anesthesie*

Evenmin als premedicatie is in ons land narcose een veelvuldig toegepaste maatregel bij de tandheelkundige behandeling van kinderen. Terecht wordt aangevoerd dat, in aanmerking genomen ook mogelijke complicaties, narcose alleen maar mag worden aangewend in die gevallen, waarbij noodzakelijke ingrepen onder andere omstandigheden niet redelijk uitvoerbaar zijn. Het mag dus nooit een routinemaatregel worden. Intussen zal iedere practicus, die wel eens in de

### *Bijzondere stukken*

gelegenheid is geweest, een doorgaans onhandelbaar kind onder algemene anesthesie (vooral endotracheale narcose) in luttele minuten te verlossen van een groot aantal geïnfecteerde melkkiezen, de voldoening kennen, die dan zijn deel is. Hij weet wat de besparing aan psychische spanning, zowel voor hemzelf als voor het patiëntje in kwestie betekent. Het kind behoudt bovendien geen onaangename herinnering aan de operatie.

### *Hypnose*

Volledigheidshalve zij de hypnose vermeld, die o.a. door ROGANSKY (1954) en SHAW (1955) wordt voorgestaan. In verband hiermee zij verwezen naar de uitvoerige uiteenzetting van KITCHING (zie Excerpta Odont. Sectie VII, no 277, 1954).

### *Literatuur:*

M. M. ALBUM, G. N. DAVIES, S. R. GELMON: Int. D.J. 8:475, 1958

E. C. M. FRIJLING-SCHREUDER: Tijdschr. Tandheelk. 63:406, 1956

J. H. GAARENSTROOM: Ned. Tijdschrift Geneesk. 102:1945, 1958

F. VAN NOUHUYS: Ned. Tijdschr. Geneesk. 102:1956, 1958.

## BINNENLAND

Te Utrecht zijn overleden: de oud-hoogleraar in de pathologie Prof. P. NIEUWENHUYSE en de hoogleraar in de anatomie en embryologie Prof. Dr. W. A. MIJSBERG.

---

### HET VRAAGSTUK DER TANDHEELKUNDIGE VOORZIENINGEN

Op vragen van het Tweede-Kamerlid mr. H. W. VAN DOORN, heeft de minister van sociale zaken en volksgezondheid verklaard, dat ter zake de openbaarmaking van het rapport van de Gezondheidsraad buiten het parlement, bij deze raad eerst moest worden nagegaan of hiertegen bezwaar bestond.

Thans heeft de minister de Maatschappij tot bevordering van de tandheelkunde de adviezen van de Gezondheidsraad over de nota inzake het vraagstuk van de tandheelkundige voorzieningen in het algemeen en de tandheelkundige hulpkrachten in het bijzonder, toegezonden.

In de betreffende commissies van de Gezondheidsraad hadden ook enige tandartsen zitting.