

de tandarts, de student als de assistente een goed studieboek en naslag-documentatie genoemd mag worden. De talrijke illustraties zijn overzichtelijk en uitstekend uitgevoerd.

N. A. K. M. VAN ERP

K. EICHNER. *Handatlas der zahnärztlichen Prothetik*. Carl Hanser Verlag, München, 1962. (752 afbeeldingen, 144 schetsen, 110 schema's), 227 pag. prijs: DM 76.

In deze atlas, die door samenwerking van negen medewerkers, deels van de universiteit, deels uit de praktijk afkomstig, tot stand is gekomen, vindt men van een honderdtal gevallen de prothetische oplossing in een korte beschrijving en voorts in beeld weergegeven.

In het boek wordt eerst een inleiding over de basisbegrippen van gebitsherstel gegeven, waarna een indeling volgt naar de plaats van de mutilatie in de gebitsboog, van het ontbreken van één element tot algehele tandeloosheid. Deze indeling maakt het zoeken van een bepaald geval gemakkelijk.

Het geheel is uitstekend verzorgd. De foto's zijn duidelijk en fraai. Van meer ingewikkelde gevallen zijn schetsjes van details toegevoegd. Hoewel men niet alle oplossingen even gelukkig kan vinden (geval 4: een kunstharsbrug; gevallen 6, 19 en 20: geen fraaie vensterkronen; gevallen 8, 9 en 13: te kleine partiële prothesen met gevaar van aspiratie of inslikken), zijn de oplossingen toch zeer waardevol en eventueel door kleine veranderingen te verbeteren.

Voor hen, die een volledige gebitsreconstructie willen uitvoeren, zal deze atlas een welkome bron van raadpleging kunnen zijn.

Dr. F. J. TEMPEL

SOCIALE TANDHEELKUNDE

GEBITSGEZONDHEIDSZORG VOOR DE JEUGD.

Göteborg Seminar 1960

Een studiegroep op het gebied van de gebitsverzorging van de jeugd heeft, twee jaar geleden, een bijeenkomst gehouden te Göteborg welke was georganiseerd door de Europese afdeling van de Wereld Gezondheids Organisatie. Het doel van de onderhavige „Seminar” was gericht op een gelegenheid tot gedachtenwisseling tussen de betreffende functionarissen en docenten omtrent de praktische voorzieningen in het licht van de behoefte en mogelijkheden in de onderscheidene landen van ons werelddeel. De onderwerpen betroffen de curatieve en preventieve aspecten van de gebitsgezondheid met inbegrip van de opvoeding tot gebitshygiëne, de organisatie en uitvoering van de tandverzorgingsdiensten, benevens het onderwijs en de praktische opleiding in de kindertandheelkunde.

De werkwijze bestond uit een bespreking van de hoofdthematata in plenaire vergaderingen, gevolgd door besprekingen meer in het bijzonder in vier werkgroepen.

Het drietal inleidingen had betrekking op het vraagstuk van de gebitsgezondheid van

de jeugd in West-Europa en van de jeugd in Oost-Europa, gevolgd door een beschouwing aangaande wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

De eerste inleider Prof. TOVERUD constateerde in alle landen van W. Europa een tekort aan bevoegde mankracht voor de bestrijding van de jeugdcariës; de oplossing dient z.i. dan ook gezocht te worden in preventieve maatregelen als fluoridering van het drinkwater, beperking van snel aan gisting onderhevige koolhydraten en vermindering ervan tussen de maaltijden, zomede onmiddellijke gebitsreiniging na de maaltijd.

Ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek stelde Prof. PEDERSEN in zijn inleiding dat tandcariës en de gevolgen ervan het voornaamste vraagstuk vormden van de gebitsgezondheid van de jeugd; aandoeningen van het tandvlees, voorkomend bij kinderen, vormen géén ernstig vraagstuk (TOVERUD). Het speurwerk was naar het oordeel van PEDERSEN in wezen aan de opleidingsinrichtingen voorbehouden.

Al was volgens BERGGREN de preventie van het grootste belang zo konden in de jeugdgebitszorg curatieve maatregelen vanwege de noodzaak ervan niet worden gemist; aan volledig werkzame tandartsen moest daarbij de voorkeur worden gegeven.

Uitgesproken werd dat, waar het niet mogelijk zou zijn de op driejarige leeftijd zich in het algemeen ontwikkelende cariës curatief te stuiten, zulks in het belang van het blijvende gebit niet later dan op 5 jaar dient te geschieden. De conserverende behandeling behoort ten minste gericht te zijn op het behoud van het blijvende gebit en in volgorde daarop ook van het melkgebit. Volgens het betreffende groepsrapport wordt door de kleuterbehandeling het vraagstuk van het in stand houden van het gebit aanmerkelijk vereenvoudigd.

Ten aanzien van de dentofaciale anomalieën stelde BIJLSTRA dat de vraag naar behandeling toeneemt; de frequentie wisselt in de onderscheidene landen tussen 50 en 70 %. Wat de profylaxe betreft is behoud van het melkgebit het voornaamste; echter niet minder de taak van de ouders om het aannemen van verkeerde gewoonten bij de zuigelingen en kleuters te voorkómen.

Aan het vraagstuk der cariëspreventie werd uiteraard veel aandacht gewijd. BACKER DIRKS verklaarde dat de resultaten tot nog toe de plaatselijke applicatie van fluoriden niet rechtvaardigden; alleen opvoeding tot gebitszorg en fluoridering van drinkwater, melk, keukenzout en toediening in tabletvorming kwamen in aanmerking.

Het denkbeeld werd naar voren gebracht bevoegde hygiëne-opvoedkundigen („health educators”) in te schakelen bij de ontwikkeling van het gevoel voor gebitsverzorging. Deze diende te worden beperkt tot eenvoudige, rechtstreekse en praktische maatregelen. Om te beginnen moeten kinderen worden opgevoed om smaak te krijgen in natuurlijk pikant voedsel en niet tot een hang naar steeds meer zoete gerechten en versnaperingen. Samenwerking van geneeskundige en tandheelkundige functionarissen, met ouders, onderwijzers en sociale werkers diende te worden bevorderd; van de staf van elk ziekenhuis behoorde een tandarts deel uit te maken. De samenwerking zou dienstbaar moeten worden gemaakt om zwangere en zogende vrouwen gebitszorg voor kinderen bij te brengen. Het meest werkzame middel werd geacht: oprichting van nationale en plaatselijke comité's van vertegenwoordigers van tandheelk. en geneesk. beroepen, tandheelk. en med. hulpkrachten, onderwijzers, functionarissen in dienst van de gezondheidsaangelegenheden.

Opvoeding tot gebitshygiënisch inzicht en -belangstelling dient zich uit te strekken tot overleg met artsen, obstetrici en gynaecologen.

Ten aanzien van de aard der te verstrekken (curatieve) behandeling was men van mening dat deze voor de schoolleeftijd geen complicaties zal opleveren, maar dat grote

moeilijkheden zullen worden ondervonden bij regelmatig onderzoek en behandeling van kleuters en van de opgroeiende jeugd, de adolescenten (SENIOR).

In aansluiting hierop kwam ook aan de orde hoe in het tekort aan voor dit doel beschikbare tandartsen moest worden voorzien. De oorzaak werd in de eerste plaats gezocht bij het onderwijs: het tekort aan voldoende opleiding in dit opzicht zou eraan schuld zijn, dat zo weinig jonge afgestudeerden de kindertandheelkunde kiezen. De thans hieraan bestede tijd varieerde van niets tot een derde van de klinische studietijd; het meest voorkomend achter het ijzeren gordijn en in Yoegoslavië bedroeg 150 tot 200 uren, maar dit werd als onvoldoende beschouwd. Bij de tandartsopleiding zouden de klinische studenten zich gedurende een derde van hun oefeningen bezig moeten houden met behandeling van kinderen teneinde o.m. ook voldoende bedrevenheid te verkrijgen in de verschillende behandelingswijzen. Ter verbetering werd wijders ook voorkeur uitgesproken voor nascholingscursussen van 3 maanden dan wel een van 2 tot 3 jaar voor specialisatie.

Ten aanzien van de positie en de taak van de jeugdtandarts was BERGGREN van mening dat deze als gespecialiseerd practicus moest worden beschouwd. RAMM stelde dat diens salaris ten minste even hoog diende te zijn als het inkomen van een bekwaam tandarts in de particuliere praktijk. De loopbaan bij de jeugdtandverzorging zou aantrekkelijk moeten worden gemaakt, mede door genoegzame rangbevordering als prikkel. Men was ter conferentie voorts van oordeel dat 5 tot 6 stoeluren de maximale werkdag zouden moeten vormen voor de behandeling van kinderen boven 5 jaar. In geval deze betrekking zou hebben op jongere kinderen zou de werktijd moeten worden verminderd.

Het vraagstuk van de benodigde mankracht kon evenmin worden ontgaan. TOVERUD constateerde, dat tandbederf bij kinderen een wijdverbreide aandoening is in alle West-Europese landen, maar dat conserverende behandeling van het melkgebit van kleuters zeldzaam voorkomt wat ook geldt voor een groot deel van de schoolkinderen. SLACK meende aldus dit te kunnen verklaren, dat de behandeling van de volwassenen die van de jeugd naar de tweede plaats heeft verdrongen. BERGGREN stelde niettemin dat, hoe groot ook het belang was van preventieve maatregelen, de curatieve niet minder noodzakelijk zijn en in elke organisatie-vorm dienen te worden opgenomen. Het tekort aan voldoende tandartsen verhinderde om de strijd tegen het tandbederf aldus aan te binden (TOVERUD).

De omvang van de beschikbare mankracht was afhankelijk van de omstandigheid of de verzorgingsdiensten uitsluitend werden bemand met volledig bevoegde tandartsen dan wel dat deze zouden worden bijgestaan door tandheelkundige hulpkrachten (SENIOR). Het tewerkstellen van schooltandverzorgsters hield naar diens mening een aanzienlijke belofte in. De proef in Engeland met een dusdanige opleiding kon echter ter conferentie weinig bijval vinden, er werd o.a. betoogd, dat in landen met een behoorlijke tandartsen-bezetting de behandeling van kinderen uitsluitend dient te geschieden door de volledig bevoegde tandarts, die tot sleutelfiguur bij de gebitsverzorging van de jeugd werd verklaard. Op de F.D.I. bijeenkomst in 1958 te Brussel was reeds in meerderheid het standpunt ingenomen dat het gebruikmaken van hulpkrachten in het algemeen onaanvaardbaar werd geacht aangezien dit betekende, dat deze personen met een beperkte opleiding zich werkzaamheden zouden aanmatigen, die geneeskundige kennis vereisen. Het was onlogisch om een hoog gespecialiseerde opleiding voor de tandarts te eisen en te zelfder tijd bepaalde dusdanige taken over te dragen aan hygiënisten met een betrekkelijk korte opleiding.

Ten aanzien van de mondverzorgsters (om de Nederlandse betiteling te gebruiken) werd echter betwijfeld of aan deze – naast onderricht in gebitshygiëne en lokale applicatie van fluoriden en mondreiniging – mondinspectie en tandsteenverwijdering kon worden toegestaan.

Als laatste thema werd het onderwijs in de kindertandheelkunde annex de orthodontie onder de loupe genomen. Een gemiddelde van 150 tot 200 uren werd als onvoldoende beschouwd; de student diende o.m. gedurende de laatste 2 à 3 jaar voldoende klinische oefening te hebben gehad om bedreven te zijn in de onderscheidene behandelingsvormen. Daarnaast vereist kinderbehandeling psychologisch inzicht en slag om met kinderen om te gaan. De behandeling van orthodontische afwijkingen veronderstelde volgens BIJLSTRA samenwerking tussen schooltandartsen en orthodontisten, de laatsten als adviseurs van eerstgenoemden bij eenvoudige gevallen; de gecompliceerde behoorden thuis bij de specialist.

Ten slotte werden na- en herscholing in de kindertandheelkunde van bijzonder belang geacht, enerzijds door middel van korte intensieve cursussen van twee weken; daarnaast voor hen, die aan de behandeling van kinderen ontwend waren, een full time cursus van 3 tot 6 maanden. Een cursus van 2 à 3 jaar zou de gelegenheid scheppen voor een specialisme in kindertandheelkunde en het verkrijgen van onderwijsbevoegdheid of tot het verrichten van spuurwerk.

Aan de 12 desiderata in de vorm van conclusies worde volledigheidshalve nog ontleend, dat de aandacht van de overheid en gezondheidsinstanties moet worden gevestigd op de wenselijkheid om het gebruik te beperken van snel aan gisting onderhevige koolhydraten, in het bijzonder in verfijnde vorm (suiker) en voor zover tussen de maaltijden genuttigd.

Voorts dat aan de toenemende vraag naar orthodontische behandeling niet kan worden voldaan; meer specialisten en postgraduate cursussen dienen hierin te voorzien.

Ten einde de gebitsverzorging van de jeugd te bevorderen wordt in het rapport tot slot aanbevolen de bevindingen van het Götenborgse „Seminar” ter kennis te brengen van alle in aanmerking komende autoriteiten van de landen van Europa.

Tot zover, in zeker niet al te korte trekken, de inhoud van het ietwat bedaaide Göteborgse rapport. Hoewel laat verschenen wil dit nog niet zeggen dat het door de ontwikkelingen zou zijn achterhaald, nog minder voorbijgestreefd. Er is sinds de betreffende conferentie niet veel veranderd.

Wanneer men zich na lezing van de inleidingen, de gedachtenwisseling en de conclusies rekenschap tracht te geven van het in 75 bladzijden vastgelegde resultaat van het overleg op ongetwijfeld hoog niveau, ten einde te bepalen wat wel het nuttig resultaat mag zijn geweest van deze conferentie, dan valt een zekere teleurstelling niet te onderdrukken. Immers de opzet van deze bijeenkomst betrof – naar in voorwoord wordt meege-deeld – een discussie meer in het bijzonder over de *practische* verwezenlijking van de gebitsverzorging van de jeugd in het licht van de behoeften, mogelijkheden en middelen in de onderscheidene landen van Europa. In de eerste plaats dient daarbij te worden onderscheiden tussen twee groepen.

Daar zijn enerzijds de Skandinavische landen alwaar de tandheelkundige bezetting mogelijk een reservoir vormt waaruit ook voor de gebitsverzorging van de jeugd naar behoefte kan worden geput. Maar daarnaast zijn er de overige gebieden van West-Europa, in welke, blijkens de bestaande situatie, dit geenszins het geval is en met name

de kleuterverzorging het niet kan brengen tot enigerlei, zelfs bescheiden vorm van georganiseerde voorziening.

Men kan ervan uitgaan dat bij een bezetting, die met de onderscheidene tandheelkundige behoeften overeenstemt, het geen moeilijkheden oplevert om ook voor de jeugd tandverzorging de nodige functionarissen aan te trekken. De strijd om het bestaan leidt er automatisch toe dat ook voor een beroepsmatige werkzaamheid, die uit hoofde van haar karakter niet in eerste instantie aantrekkelijk is, toch wel genoegzaam aanbod bestaat. Daar vormt de personeelsvoorziening geen probleem. Maar die situatie doet zich in de meeste landen niet voor. TOVERUD constateert dan ook dat er een tekort bestaat aan voldoende mankracht om de strijd tegen het tandbederf aan te binden en dat conserverende behandeling van kleuters in de meeste landen zeldzaam is en zulks eveneens geldt voor het merendeel der schoolkinderen.

Hoezeer men het accent kan leggen op de preventie en de profylaxe, men zal het met BERGGREN eens moeten zijn dat curatieve maatregelen dienen te zijn inbegrepen in elke voorziening inzake de gebitsgezondheid van kinderen en eenvoudig niet kunnen worden gemist.

Wanneer men – ondanks de constatering van TOVERUD – gemeend heeft zich tijdens de „Seminar” ook bezig te moeten houden met middelen tot verbetering van de bestaande toestand inzake de jeugdverzorging dan is daar het belangrijkste aspect, n.l. de aard van de kinderbehandeling, als belangrijke factor buiten de beschouwingen gebleven. Dit heeft, in het licht van het erkende tekort aan tandartsen, de conferentie voor anderen dan de deelnemers, slechts het aanzijn gegeven aan een verzameling desiderata zonder bruikbaar perspectief zolang in de tandheelkundige bezetting der betreffende landen geen ingrijpende verbetering is tot stand gekomen. Dit laatste betekent dat niet eerder tandartsen zich beschikbaar stellen voor de kinder- resp. kleuterbehandeling dan wanneer de concurrentie ertoe zou nopen om ook deze als beroepswerkzaamheid te aangaan. Men kan, om deze financieel aantrekkelijk te maken (RAMM), stellen dat het salaris van deze specialist ten minste even hoog dient te zijn als het inkomen van de particuliere tandarts en dat de werktijd van de kleutertandarts op minder dan 5 stoeluren moet zijn berekend; in dat geval zou het kostenvraagstuk echter bij voorbaat een onoverkomenlijke hinderpaal vormen voor elke georganiseerde of te organiseren sociale gebitsverzorging van de kleuter. Of voorts de aanbevolen besteding van een kwart van de klinische studietijd aan de kinderbehandeling de toekomstige tandarts meer aantrekkelijk zal maken voor dit onderdeel is aan twijfel onderhevig. Er zijn nu reeds onderdelen van de praktische opleiding die – hoe belangrijk ook – blijkens de ervaring in de praktijk niet tot toepassing komen omdat door velen deze aldus voorgeschreven werkwijzen blijkbaar onvereenigbaar worden geacht met de gangbare praktijkvoering.

De uitspraak, dat de behandeling van kinderen naast technische vaardigheid, psychologisch inzicht en slag om met kinderen om te gaan vereist, was ook vóór de conferentie van Göteborg al vanzelfsprekend. Het zwaartepunt ligt in het laatste maar heeft slechts zin bij het bestaan van de bereidheid deze tandheelkundig te verwerklijken. Het valt niet te ontkennen dat de tandheelkundige omgang met kleuters, zelfs al blijken zij behandelbaar, een grote mate van aandachtsconcentratie vergt en psychische spanning verwekt, mede door de onzekerheid of en in welke mate die behandelbaarheid zal aanhouden tijdens de zitting. Daarbij is de gedaante, die de reacties van de kleuter kunnen aannemen, ook een factor van betekenis voor de animo. Nu kan men aan deze psychologische aspecten, waar het de tandarts betreft, wel achteloos voorbij gaan maar daarmee wordt het probleem, waarvoor de conferentie zichzelf had gesteld, niet op-

gelost. Met het creëren op papier van vooralsnog onvervulbare loon- en arbeidsvoorwaarden als inzet, evenmin.

Dit tekort aan nuchterheid en werkelijkheidszin bij het, althans in geschrifte vastgelegde beraad, komt ten slotte ook tot uiting in de conclusie dat de aandacht van de overheid en van openbare gezondheidslichamen moet worden gevestigd op de wenselijkheid om het gebruik van snel in gisting overgaande koolhydraten, vooral in de verfijnde vorm van suiker, te beperken. Men is geneigd zich af te vragen welke voorstelling de deelnemers aan de conferentie zich maken van de middelen die de overheid ten dienste staan om – gesteld dat zij inderdaad het grote nut ervan zou inzien – hieraan uitvoering te geven. In het rapport worden o.a. genoemd, naast voorlichting en opvoeding tot gebitsgezondheid... belasting op snoeperijen en andere wettelijke maatregelen! Welke (democratische) regering zou bereid gevonden worden om voor een zo matig tot de verbeelding sprekend doel als de gebitsgezondheid van de jeugd zich op die wijze impopulair te maken? Bij de huidige (steeds toenemende) tendens naar ongeremde bevrediging van de snoeplust zou zij eerder de vijandschap van de bevolking gaande maken door deze te willen intomen, dan dat zij op instemming zou kunnen rekenen.

Ten slotte nog het vraagstuk van de hulpkrachten. Naar in het verslag te lezen staat, was men ter conferentie in meerderheid gekant tegen curatief werkzame hulpkrachten. Aan de aangevoerde argumentatie ontbreekt echter elk nieuw element, zij lag blijkbaar ook in Göteborg geheel in het emotionele vlak. Men kan echter de vraag stellen: wanneer het probleem van de kindertandheelkunde in W.H.O.-verband zo belangrijk wordt geacht dat er een achtdaagse conferentie van gezaghebbende figuren uit allerlei landen aan is gewijd, wat was daarvan dan de bedoeling?

Van tweeën één: de gebitsgezondheid van deze groep van de bevolking willen dienen met bruikbare voorstellen die daartoe bevorderlijk kunnen zijn, maar zulks tevens in het licht van het erkende gebrek aan voldoende tandheelkundige mankracht, óf de zaak laten zoals zij is omdat ook de deelnemers aan de Seminar als tandartsen geen inbreuk dulden op de integrale bevoegdheid door een opleiding van hulpkrachten voor speciale, beperkte werkzaamheden af te wijzen.

In het laatste geval heeft de conferentie naar buiten geen resultaat opgeleverd dat als een weerspiegeling kan worden beschouwd van de importantie der deelnemers. De bruikbaarheidswaarde van de tot uiting gebrachte conclusies kan gevoeglijk worden verwaarloosd.

P. H. BUISMAN

BEROEPSBELANGEN

TANDARTSENBEROEP EN GEZONDHEID

Naar aanleiding van de werkzaamheid van de speciale commissie van de F.D.I. en de betreffende mededelingen te Helsinki, juli 1961.

Aangezien in F.D.I.-verband de wenselijkheid was bepleit van meerdere kennis omtrent de specifieke eisen, die in de dagelijkse praktijk werkzaamheid aan de