

INTERNATIONAAL

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

XIII CONGRES TE KEULEN 7-14 JULI 1962

SOCIALE TANDHEELKUNDE

N. A. K. M. VAN ERP

„De F.D.I., – oorspronkelijk een organisatie met een zuiver wetenschappelijke doelstelling – moest zich instellen op de ontwikkeling van sociaal-tandheelkundige zorg voor de mensheid. Heden is zij de wereld-omvattende organisatie van de tandartsen, die zich niet alleen, – zoals U dat op dit congres duidelijk zal worden – met wetenschappelijke vraagstukken bezig houdt, doch evenzeer met problemen op het gebied van de hygiëne, de preventie en profylaxe en voor alles met het vraagstuk van de verzorging van alle mensen, die tandheelkundige hulp nodig hebben – kortom met het veel omvattende complex der sociale tandheelkunde”.

(Uit de openingsrede van de President van het Congres: DR. ERICH MÜLLER)

Een der belangrijkste onderwerpen op sociaal-tandheelkundig gebied, op het congres te Keulen diepgaand besproken, is ongetwijfeld het vraagstuk van de „dental manpower” in de wereld van heden. Het resultaat van een uitstekende voordracht van Dr. HAROLD HILLENBRAND, secretaris van de A.D.A. en vice-president of honour van de F.D.I. over dit thema was een levendige discussie en het vaststellen en goedkeuren door de Algemene Vergadering der F.D.I. van „Principles for development of a manpower program in dentistry”.

Er van uitgaande, dat men redelijkerwijze mag eisen, dat elke staatsburger van elk land de best mogelijke tandheelkundige gezondheidszorg deelachtig moet kunnen worden, kan worden gesteld, dat de tandheelkundige professie een eigen, zij het ook met andere instanties gedeelde verantwoordelijkheid hiervoor draagt. Zij moet beschikken over een voldoende aantal goed opgeleide en wettelijk bevoegde personen om de behoefte aan mankracht thans en in de nabije toekomst te kunnen opvangen. Om dit doel te verwezenlijken is een voortdurende waakzaamheid en planning door de professie een eerste vereiste.

De factoren, die een evenwichtige instandhouding en uitbreiding van de tandheelkundige mankracht beïnvloeden, zullen voor elk land sterk variëren. Het program, dat bestaat of nog ontworpen moet worden c.q. gewijzigd, zal zich moeten richten naar de professionele, wettelijke, economische, sociaal-politieke en educatieve mogelijkheden en tradities van elk land. De variabiliteit in deze factoren maakt planning moeilijk en ingewikkeld.

Toch zijn er beginselen op te stellen, die de professie en andere, in het probleem der mankracht geïnteresseerde instanties behulpzaam kunnen zijn om tot een

verantwoorde planning in elk land te komen. Het doel van elk plan zal moeten zijn; een zo spoedig mogelijke realisatie van het benodigde aantal goed opgeleide en wettelijk bevoegde personen om adequate tandheelkundige gezondheidszorg voor allen te kunnen verschaffen. Het is noodzakelijk vóór elke planning betrouwbare gegevens te verzamelen over de volgende punten:

A. Bevolkings-status

Een gedegen kennis hieromtrent is onontbeerlijk. De belangrijkste factoren die hierbij in aanmerking komen zijn:

- a. aantal inwoners en het te verwachten accrès.
- b. spreiding van leeftijd en geslacht.
- c. verhouding stads- tot plattelandsbevolking.
- d. het gemiddelde inkomen per hoofd en per gezin.
- e. het ontwikkelingspeil der bevolking.
- f. de epidemiologie van tandziekten, nationaal en regionaal.

Al deze factoren kunnen van invloed zijn op de verhouding: *behoefte aan tot - vraag naar tandheelkundige hulp*. De economische factor zal belangrijke aanwijzingen kunnen geven om een schatting te maken van de aanwezige en potentiële behoefte aan sociale verzekering of het oprichten van diensten voor tandheelkundige gezondheidszorg.

B. Professie-status

Ten einde de positie van de professie juist te kunnen waarden, zullen gegevens bekend moeten zijn over:

- a. aantal tandartsen en hulpkrachten.
- b. spreiding van tandartsen naar leeftijd en geslacht.
- c. geografische spreiding van tandartsen.
- d. spreiding van tandartsen naar hoedanigheid der opleiding.
- e. spreiding van tandartsen naar hun inkomen.
- f. de organisatie-vorm van de tandartsen, landelijk en regionaal.

Bekendheid met de inkomsten der tandartsen zal opheldering kunnen geven over de waardering, die het publiek en de natie heeft voor de tandheelkundige gezondheidszorg en zal dus indirect een aanwijzing zijn voor de professionele en sociale status, waarin in een bepaald land het tandartsenberoep is geplaatst.

C. Tandartsen-dichtheid

Het aantal inwoners per tandarts varieert zeer sterk voor de verschillende landen (1:1600 in Zweden; 1:937.500 in Ethiopië).

Hoewel het dichtheids-cijfer de enige en ook wel juiste maat is om de beschikbare tandheelkundige mankracht uit te drukken, moet er echter voor worden gewaarschuwd een bepaalde verhouding „ideaal” of „adequaat” te noemen, omdat de behoefte en vraag naar tandheelkundige verzorging sterk beïnvloed wordt door het vóórkomen en de verbreiding van tandziekten, de economische situatie, de waardering voor de hulp, het systeem volgens hetwelk

de hulp wordt verleend en de variatie in de „productiviteit” der tandartsen.

Daarom dient er de nadruk op te worden gelegd, dat men in het algemeen geen optimaal verhoudings-cijfer tandartsen/bevolking kan stellen. Steeds zullen de specifiek-landelijke omstandigheden doorslaggevend moeten zijn. Wel wordt aanbevolen, dat elk land moet streven naar een minimum. (In de discussie werd dit minimum gesuggereerd 1 : 5000).

Ook de verhouding medici/tandartsen kan een bruikbare index zijn voor dental-manpower planning. Hierbij dient in aanmerking te worden genomen, dat een uitbreiding van de tandheelkundige mankracht bij onvoldoende medische verzorging weinig zin heeft.

D. Opleidingsmogelijkheden

Het bereiken van voldoende mankracht hangt nauw samen met het aanwezig zijn of het openstellen van nieuwe opleidingsmogelijkheden. De planning hiervoor dient zich over een acht à tien jaren uit te strekken, omdat er tijd nodig is, alvorens men kan beschikken over een goede opleidings-staf: onderwijs- en researchkrachten, specialisten, instructeurs en assistenten. Ook vergt het tijd om te kunnen beschikken over klinische- en laboratoriumruimte. De financiële opzet moet verzekerd zijn. Wanneer deze dingen ontbreken, kan het resultaat alleen een vermeerdering van slecht opgeleide beroepsbeoefenaren zijn, waarvan moeilijk kan worden aangenomen, dat zij effectief werkzaam zijn in de nationale tandheelkundige gezondheidszorg.

E. Aanwervingsmogelijkheden

Naast de beschikking over opleidings-instituten, moet er zekerheid bestaan, dat op een adequaat aantal studenten kan worden gerekend. Bovendien moet er verder op kunnen worden vertrouwd, dat deze studenten geestelijk en fysiek geschikt zijn voor het tandartsenberoep. Hierbij is van belang:

- a. de sociale status van het tandartsenberoep.
- b. de economische factoren, betrekking hebbend op praktijkvoering.
- c. de voorlichting, die gegeven wordt over carrière-mogelijkheden van het tandartsenberoep.
- d. selectie van aankomende studenten door het toepassen van geschiktheidstests.
- e. het e.v. beschikbaar zijn van studiebeurzen, studie-toelagen en financieringsmogelijkheden voor studie en praktijk.

Ad. b tekende HILLENBRAND aan: Als de praktijk-mogelijkheden in een bepaald land niet de belofte inhouden op een honorering, die in overeenstemming is met het peil der opleiding, studie- en praktijkinvesteringen en de geestelijke en fysieke krachtsinspanning – inhaerent aan het beroep van tandarts – zal het aanwerven van toekomstige tandartsen aanmerkelijk in ongunstige zin worden beïnvloed.

Bijzondere aandacht zal moeten worden geschonken aan studenten, die wat hun interesse en talent betreft geschikt kunnen zijn als toekomstige onderwijs- en research-krachten.

F. *Dental Health Education*

Elk mankracht-plan moet harmonisch samengaan met een goed opgezet program om de regering en de bevolking voor te lichten over de waarde van een gezonde mond. De appreciatie van het publiek hiervoor heeft een directe invloed op het aantal benodigde tandartsen. Waar de behoefte aan verzorging in elk land bijna universeel is, kan de vraag naar hulp sterk variëren door het ontwikkelingspeil, het gemiddelde inkomen, verzekeringsvormen enz. De ervaring heeft echter geleerd, dat de voorlichting op het gebied der tandheelkundige gezondheidszorg „dental-mindedness” kweekt, die de vraag versnelt. Bij onvoldoende mankracht heeft een grootse voorlichtingscampagne weinig zin.

Deze voorlichting zal steeds aangepast moeten worden, ten einde het publiek niet meer te beloven, dan kan worden volbracht. Aan de andere kant is het aankweken van deze tandverzorgingsgezindheid een langzaam verlopend proces. Dit is gebleken in landen, waar voorzieningen worden getroffen voor kosteloze behandeling. Een der beste educatieve mogelijkheden is de preventieve en curatieve verzorging van jonge leeftijdsgroepen.

G. „Productiviteitsmogelijkheden”

Mankracht-planning moet voorts aandacht schenken aan de mogelijkheid, die de tandarts heeft om zijn capaciteit te kunnen opvoeren. Ten dele is dit een zaak van efficiency, zoals teamverband, het gebruik van 2 praktijkruimten, assistentie door hulpkrachten, doch het is evenzeer afhankelijk van verbeterde technische vaardigheid door het gebruik van moderne instrumenten en last not least van de instandhouding ener goede gezondheid.

In de U.S.A. is door MOEN een methode bedacht om de productiviteit van tandartsen te meten door de totale uitgaven voor tandverzorging te delen door een prijs-index. Via vrij ruwe en uitsluitend op financiële uitkomsten gebaseerde cijfers bleek dat de gemiddelde tandarts in de U.S.A. in 1950 een productiviteit had met een waarde van \$ 11.986. In 1960 was de vergelijkbare waarde (gemeten bij een constante waarde van de dollar) \$ 17.069. Dit zou tevens het gemiddelde inkomen van de zelfstandig werkende tandartsen betekenen in 1950 resp. 1960 als de honoraria uit de periode 1947-1949 hetzelfde gebleven waren. In werkelijkheid ligt het gemiddelde inkomen beduidend hoger. De cijfers tonen echter wel aan, dat de gemiddelde tandarts in 1960 42% meer tandverzorging „produceerde” dan in 1950. HILLENBRAND acht de voornaamste redenen tot deze verhoging de verbetering van „Dental Equipment and Technology” en het gebruik van „additional chairs combined with the use of trained auxiliaries”.

H. *Hulpkrachten*

In landen, waar praktisch geen of zeer weinig mankracht voor het verlenen van tandverzorging aanwezig is, kan het nuttig zijn hulpkrachten op te leiden, die eerste- of elementaire hulp kunnen geven in die gebieden waar elke mogelijkheid ontbreekt. Een dergelijk plan zal een korte looptijd moeten hebben om aan de eerste dringende vraag naar hulp te kunnen voldoen.

In meer ontwikkelde landen kan aandacht worden besteed aan opleiding van hulpkrachten, die onder directe supervisie of op voorschrift van tandartsen werkzaam zijn en hen helpen de hoeveelheid te verschaffen tandheelkundige verzorging te vergroten. Deze hulpkrachten zijn in vele landen reeds werkzaam, zij het dat hun taak en bevoegdheid fundamentele verschillen vertonen. Bij het ontwikkelen van een hulpkrachtenplan, van welk type ook, zal echter volledige aandacht moeten worden geschonken aan:

- a. een duidelijke omschrijving van wettelijke bevoegdheid.
- b. een heldere definitie van de taak.
- c. toezicht op de werkzaamheden door tandartsen.
- d. het nemen van veiligheidsmaatregelen, die onbevoegde uitoefening der tandheelkunst door hulpkrachten, met de daaraan verbonden schade voor de tandheelkundige gezondheid van het land, uitsluiten.
- e. het stellen van de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheids-toestand van de patiënt in de hand van de wettelijke bevoegde tandarts.

Door HILLENBRAND werd nog eens benadrukt, dat de opleiding en tewerkstelling van een bepaald type hulpkracht en de toewijzing van een bepaalde taak de goedkeuring van de professie dienen te hebben. Hij verwees hier naar het „Report of the Expert Committee on Dental Auxiliary Personnel of the World Health Organisation”.

Proefnemingen in de U.S.A., waarbij de tandartsassistenten werden getraind naast de stoel van de klinisch werkende tandheelkundige studenten leverden de volgende interessante resultaten:

- a. Alle betrokken instituten merkten op, dat het gebruik van assistentes de productiviteit der studenten vergrootte.
- b. De meeste instituten rapporteerden, dat het gebruik van assistentes de hoedanigheid van het werk der studenten verbeterde.
- c. Verschillende instituten achtten een uitwerking van het experiment merkbaar in de houding van de tandartsen, die niet alleen tot gevolg had, dat een grotere vraag naar de diensten van goed opgeleide assistente's was ontstaan, doch tevens tot uiting kwam in een grotere belangstelling voor eigen „postgraduate training”.

J. *Andere factoren*

Van belang voor de ontwikkeling van mankracht-planning zijn voorts nog de volgende factoren:

- a. In vele landen is er een tendentie naar vestiging in de grote centra. Bij erkenning van het recht tot vrije vestiging kan worden overwogen in gebieden, waar tandheelkundige hulp ontbreekt vestigingsfaciliteiten te creëren.
- b. het bestaan of het ontwikkelen van verzekeringsvormen of subsidieringsvoorzieningen om de patiënt tegemoet te komen in de kosten van tandheelkundige verzorging.
- c. het bestaan of de oprichting van diensten, die enerzijds bepaalde bevolkings-

- groepen, zoals kinderen, tandheelkundige verzorging verschaffen, anderzijds op preventief gebied werkzaam zijn door op ruime schaal voorlichting te geven over drinkwaterfluoridering, hygiëne- en voedingsvoorschriften.
- d. het bestaan of de ontwikkeling van faciliteiten voor researchwerk, zodat er betrouwbare gegevens beschikbaar komen niet alleen over de epidemiologie van tandziekten, de preventie en de beheersing ervan, doch ook over de hoeveelheid mankracht die nodig is voor de curatieve verzorging om de gezondheidstoestand van de patiënt zo optimaal mogelijk te houden.

K. *Conclusie*

Het zou een grove fout zijn, aan te nemen, dat de oplossing van een tandheelkundig-mankrachtprobleem in elk land in korte tijd gemakkelijk zal kunnen worden gevonden. Integendeel de ontwikkeling en de uitvoering van een goed plan is moeilijk, tijdrovend en kostbaar. Als dit plan niet is ontworpen met een ernstig verlangen bepaalde wel-omschreven doeleinden te bereiken, kan geen enkel land er zeker van zijn, dat de tandheelkundige en daarmee de algemene gezondheidstoestand van haar bevolking op een hoger peil zal komen.

Na-beschouwing

Het is altijd verleidelijk om richtlijnen, door de A.V. der F.D.I. ontworpen ten behoeve van *alle* landen eens te beschouwen uit de gezichtshoek van het eigen land. In het bovenstaande heb ik een resumé gegeven van deze richtlijnen, aangevuld met de belangrijkste passages uit de voordracht van HILLENBRAND. Het moet mij van het hart, dat deze voordracht, – en wellicht in mindere mate de bewerking van de gehele materie over dit onderwerp – een sterke „U.S.A.-inslag” heeft. Aan de andere kant moet erkend worden, dat op dit gebied in de Verenigde Staten baanbrekend werk is verricht. HILLENBRAND erkent dit zelf, want in een voetnoot van zijn voordracht zegt hij woordelijk:

„Most of the statistics used in this report are taken from studies in the United States. This procedure was followed because the use of data from one country permitted consistency in the presentation and because the results of continuing manpower studies were readily available. Other countries may easily interpolate their own figures in evaluating their manpower needs”.

Of dit interpoleren, voor wat betreft ons eigen land met een reeds jaren durend meningsverschil over een tandartsentekort in eigen kring en daarbuiten, zo „easily” zal zijn, waag ik vooralsnog te betwijfelen. Wel doet het herlezen van de inhoud der richtlijnen een aantal vragen bij mij oprijzen, die ik beslist niet in een handomdraai kan beantwoorden, maar die een ernstige en eendrachtige studie in onze professie zeker ten volle verantwoord zouden doen zijn.

Uitgaande van de gedachte, dat een voortdurende waakzaamheid van de professie in planning van mankracht een eerste vereiste is mag de vraag worden gesteld of de voortreffelijke studie van ARNOLD en GODEFROY over dit onderwerp (ARGO-rapport), gezien bovenstaande richtlijnen nog up to date genoemd mag worden. Wellicht dat een herziening van dit rapport nuttig en nodig is.

In dit verband rijzen vragen van allerlei aard. Weten wij voldoende over de epidemiologie van tandziekten in ons land? Zijn onze statistieken goed opgezet en internationaal vergelijkbaar? Weten wij alles over het aantal thans werkzame hulpkrachten, hun taak en hun opleiding? Beschikken wij over gegevens in de spreiding der tandartsen-inkomens? Is de gemiddelde honorering bij ons in overeenstemming met het peil der opleiding, studie- en praktijkinvesteringen? Gaat de voorlichting en propaganda in ons land harmonisch samen met de beschikbare mankracht?

Wordt in bepaalde gevallen geen eenzijdige voorlichting gegeven (in vele gevallen door leken) met een bepaald oogmerk? (schooltandverzorgsters) Hebben wij betrouwbare gegevens over onze productiviteit? Is onze tandarts-assistente-opleiding hiermee in overeenstemming?

Dit is maar een greep uit de problematiek en zij is wellicht verre van volledig. Het is niet ondenkbaar, dat de oplossing van het probleem nog verband houdt met een nog niet gestelde vraag, die ik met opzet als laatste wil stellen, mij wèl realiserend, dat het antwoord niet gemakkelijk is en de oplossing tijd vraagt: Is onze organisatie-vorm nog wel de juiste? Is het gewenst, dat wetenschappelijke, educatieve, sociale en voorlichting-doelstellingen in verschillende huizen zijn ondergebracht? Zouden wij, als in de jaren van de laatste wereldoorlog en onmiddellijk daarna, toen het zoveel gemakkelijker was de problemen niet vanuit een eng standpunt te bezien, er niet goed aan doen mogelijkheden, die in organisatievormen als A.D.A. en Bundesverband gelegen zijn, eens te testen op realiseerbaarheid in Nederland? Ik voor mij – en naar mijn overtuiging velen met mij – geloof, dat dit niet alleen aan het mankracht-vraagstuk, doch aan vele andere professionele problemen belangrijk ten goede zou komen, daar eendracht binnen de professie een eerste vereiste is om tot een verantwoorde en harmonische oplossing hiervoor te geraken.

ORTHODONTIE

DR. F. P. G. M. VAN DER LINDEN

Misschien is het goed een algemene opmerking te laten voorafgaan aan de meer gedetailleerde bespreking van het orthodontische gedeelte van het 13de F.D.I.-Congres.

Wanneer men de samenstelling van het programma en de inhoud van de voordrachten in zijn geheel overziet, kan men niet de indruk van een zekere eenzijdigheid van zich afzetten. Slechts voor bepaalde „scholen” was in het pro-

gramma een plaats ingeruimd. Andere „phylosophies” zijn niet aan bod gekomen, hetgeen het geheel een meer beperkt dan werkelijk internationaal karakter gaf. Waren meer richtingen vertegenwoordigd geweest, dan zouden zeker de discussies zinvoller en de dag interessanter geworden zijn.

HOFFER uit Milaan opende het programma met een voordracht over „functie en groei”, die weinig nieuws en veel complimenten voor anderen bevatte. Bovendien moest hij in verband met het verstrijken van de hem toegemeten tijd zijn verhaal halverwege beëindigen, hetgeen noch hem noch de toehoorders ernstig scheen te spijten.

Als tweede spreker richtte JAMES D. SCOTT – een in orthodontische kringen bekend anatoom uit Belfast, Ierland – het woord tot de overvolle zaal. Hij kweet zich daarmee van de – naar uit de discussie later bleek – van hogerhand opgedragen taak een overzicht van de recente cefalometrische groeistudies te geven. Hij behandelde vrijwel alle publicaties die tussen 1954 en 1962 over dit onderwerp en zijn randgebieden verschenen zijn. Dit leidde echter tot het aanhalen van meer dan 300 publicaties in 20 minuten tijds, waardoor deze voordracht voor hen, die met dit onderwerp niet vertrouwd waren, met een zo nu en dan onderbroken voorlezing van een namenregister gelijk moet hebben gestaan. Desalniettemin heeft SCOTT de literatuur met een zeer waardevol overzicht verrijkt, hetwelk, wanneer het straks gepubliceerd zal zijn, voor velen als gids zal kunnen dienen. Het is helaas jammer dat SCOTT door tijdgebrek niet in de gelegenheid was er een kritische beschouwing aan te verbinden. Dat dit hemzelf ook hinderde bleek uit de verontschuldigende opmerking, die hij hierover bij de discussie maakte.

Vervolgens hield A. M. SCHWARZ uit Wenen een voordracht over de orthodontische behandeling van volwassenen. Aan de hand van dia's liet hij zien wat bij oudere patiënten – waaronder een 54-jarige – nog gedaan kan worden. Speciaal vestigde hij daarbij de aandacht op het bestaan van dwangbeten, welke correctie de behandeling vaak aanzienlijk kan vereenvoudigen. Dat bij parodontose-patiënten de levensduur van het gebit aanzienlijk verlengd kan worden werd met enige plaatjes toegelicht. De hypothese, dat dit mede te danken zou zijn aan een verjonging van het parodontale weefsel, lijkt ons echter wel erg aanvechtbaar.

Aansluitend hierop sprak AUTISSIER (Marseille) over „orthodontie en parodontopathieën”. Hij wees daarbij op verschillende, reeds lang bekende, orthodontische maatregelen, die het optreden van parodontale afwijkingen kunnen tegengaan. Dat hij daarbij de afwijkingen in het parodontium welke door orthodontische apparaten kunnen worden veroorzaakt niet ter sprake bracht, hebben wij als een gemis gevoeld.

PLANAS uit Madrid was de laatste spreker. Zijn thema was „de prophylaxe van arthopathieën met orthodontische maatregelen.” Hij ging van de premisse uit, dat voor de vorming van een goed kaakgewricht een perfecte functie gedurende de jeugd vereist is. Daarom slijpt hij de melkgebitten, zoals hij het noemt,

„selectief” in en wel op een dusdanige wijze, dat de laterale en propaline bewegingen zonder enige belemmering kunnen worden uitgevoerd. Daarbij moeten dan vaak grote delen van melkcuspidaten en incisieven worden verwijderd. Enige voortreffelijke illustraties van schema's en patiënten zorgden ervoor dat zijn theorie en therapie iedereen duidelijk werden. Het is evenwel moeilijk aan te nemen dat aan PLANAS' uitgangspunt veel gewicht mag worden toegekend. Alleen al het feit, dat de hele opzet in duigen valt wanneer het eerste blijvende element het spel van occlusie en articulatie gaat meespelen, roept de nodige bedenkingen op. Pas op 20-jarige leeftijd, wanneer het gebit een zekere stabiele toestand heeft bereikt, slijpt hij weer selectief in.

BAUME, die zeker als een kenner van het melkgebit kan gelden, kon bij de discussie niet nalaten het uitgangspunt van PLANAS als onbewezen en uit de lucht gegrepen van de hand te wijzen.

De namiddagzitting begon met een aantal korte voordrachten. De eerste spreker was THIELEMAN (Frankfort) die vooral wees op het belang van de verticale afwijkingen in de tandboog, zoals bij voorbeeld de diepe beet. Hij beschouwt ze als een hoofdoorzaak van vele afwijkingen. Ook op een goed sagittaal contact van de frontelementen vestigde hij sterk de aandacht.

MACARY (Parijs), die reeds enige jaren geleden op een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie zijn therapie van „l'orthopédie maxillo-thoracique” uiteenzette, gaf ook hier weer een overzicht van zijn spectaculaire wijze van behandelen. Nu werd er echter aan toegevoegd, dat hij ook bij volwassenen niet alleen bemoedigende maar zelfs opzienbarende resultaten bereikte. Al met al echter kon hij ons ook nu weer niet overtuigen.

BARROS uit Venezuela las in recordtijd een verhandeling over de chirurgische correctie van de protusie van de onderlip voor. Niet alleen konden de overigens voortreffelijke vertaalsters hem vaak niet bijhouden, ook het niet overeenstemmen van de plaatjes met de tekst maakte het volgen van zijn verhaal tot een geenszins eenvoudige bezigheid. Toch werd het evenwel duidelijk dat hij door een chirurgische verandering van de vorm van de mandibula de positie van de onderlip tracht te beïnvloeden. Overigens een bijzonder rigoureuze methode om een kleine correctie aan te brengen.

GERLACH uit Zweden sprak over mondademhaling en myofunctionele therapie. Aan de hand van een onderzoek, uitgevoerd aan 85 patiënten met mondademhaling (zonder enige andere slechte gewoonte), en aan een controlegroep van 45 neusademhalers stelde hij vast, dat er geen reden bestaat een causaal verband tussen mondademhaling en abnormale tandstand aan te nemen. Zowel de bewerking van het materiaal als ook die van de cijfers laten echter nogal wat kritiek toe.

SPITZER uit Engeland sloot de rij met een voordracht over de ontwikkelingsstoornissen in gebit en schedel bij geestelijk gestoorde. Met behulp van een aantal dia's gaf hij aan welke de specifieke afwijkingen bij mongoloïde idioten zijn.

Als sluitstuk van deze, aan de orthodontie gewijde, dag vond een „panel discussion” plaats met als thema „de sociale orthodontische behandeling op jonge leeftijd”.

Aan deze gedachtenwisseling, onder leiding van Professor HAUSSER uit Hamburg, werd door een elftal orthodontisten uit even zo vele landen deelgenomen nl.: Prof. J. C. AILIANOS, Griekenland; Prof. A. BENAGIANO, Italië; Prof. H. C. BERENDT, Israël; Prof. K. G. BIJLSTRA, Nederland; Dr. H. BORGMANN, Duitsland; Dr. H. DRAKER, U.S.A.; Dr. C. GYSEL, België; Prof. A. F. MACARY, Frankrijk; Prof. O. OKYAY, Turkije Prof. J. RANT, Yougoslavië; en Prof. S. TAKAHASHI, Japan.

Er bleek nogal verscheidenheid van opvatting te heersen over hetgeen men onder „early treatment” of „Frühbehandlung” moest verstaan. De gespreksleider, die overigens op zeer bekwame en taktische wijze de discussie binnen de door het thema aangegeven grenzen trachtte te houden, bepaalde op een gegeven moment dat een behandeling tussen 3- en 6-jarige leeftijd door iedereen wel als een vroege behandeling beschouwd kon worden. Na enige tijd doorbrak Dr. DRAKER uit New-York het gesprek door te vragen of men van Europese zijde ook enige cijfers naar voren zou kunnen brengen, die op statistisch verantwoorde wijze aantoonde dat de behandeling op jeugdige leeftijd inderdaad zin heeft. Ofschoon verscheidenen op deze vraag een antwoord trachtten te geven, bleek niemand in staat te zijn getallen te noemen. Dr. DRAKER vertelde daarop dat in New-York per jaar 6000 patiënten met „social help” door orthodontisten worden behandeld. De gemiddelde behandeltime bedraagt daarbij 2 jaar. Uit een in 1954 uitgevoerd onderzoek was gebleken, dat gevallen welke gedurende de wisselperiode behandeld waren weliswaar een kortere behandeltime vroegen (17 maanden), maar dat echter slechts een klein gedeelte – namelijk 8 van de 84 – zonder een tweede actieve behandelphase als afbehandeld beschouwd konden worden. Hij stelde dan ook, dat de waarde van de behandeling in het melk- en wisselgebiet nog bewezen moest worden en nodigde zijn gesprekspartners uit getallen te verzamelen, die bij het volgende congres over 5 jaar naar voren gebracht konden worden.

Over het algemeen was men wel van mening dat een vroeg begin van de behandeling in verreweg de meeste gevallen een aanzienlijke verlenging van de behandeltime met zich medebrengt. Naast de tandheelkundige bezwaren daaraan verbonden noemde men het afnemen van de belangstelling en medewerking van de patiënt als een belangrijk nadeel. Een voortijdig beëindigen van de behandeling is daar nogal eens het gevolg van.

Door BIJLSTRA, HAUSSER en BORGMANN werd naar voren gebracht dat het slechts met behulp van de algemeen tandarts mogelijk zal zijn de steeds stijgende vraag naar orthodontische hulp op te vangen. Ook Dr. DRAKER was geporteerd voor een behandeling van eenvoudige gevallen door de algemeen practicus. In Amerika beperken de orthodontisten zich nogal eens tot de uitgesproken moeilijke gevallen, waardoor een bepaalde categorie soms niet aan behandeling toekomt.

Over de vraag of de patiënt dient bij te dragen in de kosten van de behandeling op sociale basis, bleek een tot op dat moment niet geconstateerde eensgezindheid te heersen. Unaniem was men van mening, dat, wilde men de patiënt werkelijk voor de behandeling interesseren en zich van zijn medewerking verzekeren, van hem een financieel offer gevraagd moest worden. Professor RANT merkte hierbij op, dat men in Yougoslavië de orthodontische patiënten enige tijd niets had laten betalen. De ervaringen daarbij opgedaan waren echter van dien aard, dat om wille van een succesrijke behandeling weer binnenkort naar het oude systeem, waarbij de patiënt een deel der lasten droeg, zou worden teruggekeerd.

Al met al heeft het 13de F.D.I.-Congres op orthodontisch terrein weinig nieuws en ook geen hoogtepunten opgeleverd. Wanneer men de voor de hand liggende vergelijking trekt met het enige weken daarvoor in Groningen gehouden jaarlijkse congres van de „European Orthodontic Society” dan valt deze zeer zeker ongunstig voor Keulen uit. Niet alleen was de samenstelling van het Groningse programma grootser, ook de inhoud van de voordrachten stond op een hoger peil.

RADIOGRAFIE

F. W. SPIES

Het werd ons, dit in tegenstelling tot het congres vijf jaar geleden te Rome, thans wel veel gemakkelijker gemaakt de evenementen op radiografisch gebied weer te geven. In het kader nl. van dit congres werd op dinsdag 10 juli 1962 in de fraaie tandheelkundige kliniek te Bonn de „Erste Internationale Konferenz für Zahnärztliche Röntgenologie” gehouden, georganiseerd door een comité onder leiding van Dr. S. BLACKMAN en Prof. G. KORKHAUS.

Het doel van deze voortreffelijk voorbereide bijeenkomst was, naast het houden van een aantal wetenschappelijke voordrachten, te komen tot een gedachtenwisseling over de mogelijkheid van het scheppen van een permanente internationale organisatie. De bijeenkomst werd geopend door de deken van de medische faculteit der Universiteit van Bonn. Daarna heette Dr. BLACKMAN de aanwezigen welkom namens het organiserende comité. Hij zette uiteen op welke beginselen naar de mening van het comité een permanente organisatie diende te worden opgebouwd. Daarin moet, naast de specialist ook plaats zijn voor de algemeen practicus met bijzondere belangstelling voor deze tak van de tandheelkunde. Ten slotte bracht hij de dank der aanwezigen over aan de gastheer Prof. KORKHAUS.

Daarna werd het woord verleend aan de eerste spreker, in dit geval spreekster, Dr. O. ALEXANDROFF uit Brussel. Zij had tot onderwerp gekozen:

Röntgenologie van de boven- en onderkaak bij tandeloze patiënten

Mevrouw Alexandroff vestigde er de aandacht op dat in edentate kaken een veelvoud van ongewenste verschijnselen kan voorkomen zoals o.a. kysten, radices, delen van afgebroken instrumenten etc. Bij een door haar verricht onderzoek van 104 patiënten bleken er 37, na röntgenonderzoek, afwijkingen als boven genoemd te vertonen. Bij slechts vijf van hen had dit tot klachten aanleiding gegeven. Zij stelde als gevolg hiervan dat principieel ook bij edentate kaken een volledige röntgenstatus vóór de prothetische behandeling een dwingende noodzaak is. De sociale omstandigheden zullen echter in vele gevallen wat dat betreft remmend werken.

Discussie:

Prof. WAGGENER (U.S.A.) deelde mede dat bij een gedaan onderzoek 30% der onderzochten afwijkingen vertoonde.

BIRD (Liverpool) vond bij een aantal van 5000 patiënten 45% met afwijkingen.

HELLMORE meende dat bij dit laatste onderzoek wel veel oude gevallen geweest zullen zijn. Bij een onderzoek van meer recente gevallen zal het resultaat ongetwijfeld gunstiger zijn.

De tweede spreker in het ochtendprogramma was Prof. ARNE FORSBERG uit Stockholm over:

„*Kontrastmedia in de tandheelkundige röntgenologie*”.

De contrastmiddelen worden onderscheiden in positieve en negatieve d.w.z. middelen die meer en zulke die minder straling absorberen dan het omringend weefsel.

Aangezien de laatsten in de tandheelkunde vrijwel niet worden gebruikt behandelde de spreker alleen de eerste groep. Deze wordt wederom verdeeld in twee categorieën nl. de niet-resorbeerbare (bariumsulfaat en jodiumpreparaten op oliebasis) en de resorbeerbare zoals urographin en renographin. Het gebruik van de eerste groep wordt afgeraden daar zij, eenmaal aangebracht, een herhaald onderzoek belemmert.

Kontrastmiddelen kunnen in de tandheelkunde worden toegepast wanneer de differentiaal-diagnose tussen kyste en granuloom moeilijkheden oplevert. Het contrastmiddel kan op twee manieren worden aangebracht nl. via het wortelkanaal of door het overliggend weefsel. Indien men via het kanaal werkt moet dit uiteraard schoon zijn. Het contrastmiddel wordt aangebracht door middel van een injectienaald of een flexibel zilveren buisje. Grote druk moet vaak worden uitgeoefend; bij pijngevoel onmiddellijk stoppen. Is het kanaal niet schoon te krijgen of bevindt zich daarin een obstructie dan wordt het middel door het overliggend weefsel aangebracht. Bij een kyste verkrijgt men een schaduw met gladde rand en van gelijke dichtheid, bij een granuloom een onregelmatige rand en contrastverschillen.

Daarna werden enkele gevallen van sialografie getoond. Ook de artrografie is van diff. diagnostische waarde. Bij een ruptuur van de kapsel treedt het middel in het omliggende weefsel, bij een beschadiging van de discus vloeit het in de ene kamer gebrachte middel over in de andere kamer.

Discussie:

PAATERO (Helsinki) vestigde de aandacht op het gebruik van jodoformpoeder als contrastmiddel. Hierbij worden twee naalden in de holte gebracht, door de ene wordt het poeder verstoven, de andere dient voor de afvoer van de gebruikte lucht. Deze methode is van belang bij de stereoröntgenografie. Bij navraag zegt hij geen allergische reacties opgemerkt te hebben.

HITCHIN (Dundee) vraagt of de spreker geen gevallen van sequestrering hyperof anaesthesie t.g.v. de contrastmiddelen heeft opgemerkt. Prof. FORSBERG antwoordt hierop ontkennend, waarschuwt er echter voor het onderzoek in een acuut stadium te verrichten.

MEYR. CROSS (Londen) waarschuwt eveneens tegen de contrastmiddelen op oliebasis i.v.m. het gevaar voor embolie.

In wijder verband wordt er nog op gewezen dat kunstharismaterialen voor vullingen, prothesewerk en orthodontische apparaten van een contrastmiddel voorzien zouden moeten zijn.

Het woord is dan aan Dr. LARS HOLLENDER uit Malmoe met het onderwerp „Gevaren en bescherming in de tandheelkundige röntgenologie”.

Hij begint met te wijzen op de grote verschillen in de uitkomsten van stralingsmetingen door de onderzoekers op dit terrein. Dit wordt veroorzaakt door de variatie in meetmethoden en veldgrootte. Tevens verstrekken de meesten te weinig gegevens over de door hen gevolgde methode om de uitkomsten te kunnen vergelijken.

De gemeten waarden zijn afhankelijk van de stralingsbron, het bestraalde oppervlak en de plaats van het meetapparaat. Bij dit laatste is o.m. van belang onder welke hoek de meetkamer staat t.o.v. het bestraalde oppervlak. De huiddosis kan direct gemeten worden, meting binnen het weefsel is bijzonder moeilijk.

Maatregelen ter beperking van de straling zijn:

1. gebruik van snelle film, waardoor korte belichtingstijden mogelijk zijn. Hierbij dient opgemerkt te worden dat bijna alle thans in gebruik zijnde tijd klokken voor de korte belichtingstijden te onnauwkeurig te zijn.
2. beperking van de veldgrootte (in de U.S.A. tot een max. radius van 7 cm., in Zweden tot 5 cm).
3. gebruik van de „long cone” techniek. De huiddosis wordt hierdoor vermindert, het beeld beter doortekend terwijl de bij gebruik van snelle film toch weer wat langere belichtingstijd de tijd klokfout van minder gewicht doet zijn.

Discussie:

Prof. WAGGENER legde nogmaals de nadruk op het belang van het gebruik van snelle film.

Dr. OTT deelde mee dat de mechanische klokken bij belichtingstijden tussen 0.1 en 0.5 sec. een fout hebben van 50% en meer. Zij zullen in de toekomst vervangen moeten worden door elektronische klokken. Dr. JUNG (Bonn) gaf de drie onderstaande gebieden als de, biologisch gezien, belangrijkste meetplaatsen aan:

1. de gonaden
2. de huid t.p.v. de opname
3. het onderliggend weefsel t.p.v. de opname

In de gonadenstreek geeft de panoramixopname een groot gunstig verschil, op de huid een klein gunstig verschil t.o.v. de gebruikelijke methode.

Aan het einde van deze discussie werd de zitting geschorst teneinde in de mensa der kliniek gezamenlijk de lunch te gebruiken. De middagzitting begon met de lezing van Prof. J. F. von RECKOW (Frankfurt a/M) over:

„*Röntgenologie van de periapex*”.

Teneinde röntgenopnamen in het algemeen en dus in dit geval van de periapex in het bijzonder te kunnen beoordelen dient men kennis te hebben van:

1. de anatomie
2. de topografie
3. de röntgenanatomie
4. de afwijkingen van de norm.

Om een situatie juist te kunnen beoordelen make men eventueel opnamen van hetzelfde object volgens verschillende methoden. Men beschikt daartoe o.a. over de methode van LEMASTER, extraorale opnamen, opbeetopname enz. Opnamen volgens LEMASTER en opbeetopnamen geven in de bovenkaak vaak betere resultaten bij vergroting van de focus – film afstand. Een en ander werd door de spreker gedemonstreerd aan de hand van een groot aantal opnamen.

Als welkom extraatje volgde daarna nog een voorlopige mededeling van HENRIKSON (Zweden) over proeven met radioactief materiaal als stralingsbron. Gebruikt werd het J 125, aangebracht op een zilverdraad van een halve mm. doorsnede, ingebed in kunsthars. Op deze wijze zijn ook panoramaopnamen mogelijk. De methode kan van belang zijn bij onderzoeken op plaatsen zonder stroom of waar zich transportmoeilijkheden voordoen.

Hiermee was de serie lezingen ten einde en verdeelde het gezelschap zich in twee groepen, een grote, die onder deskundige leiding aan een bezichtiging van de kliniek begon en een kleinere in hoofdzaak bestaande uit geïnteresseerden in het onderwijs. Onder leiding van Dr. BLACKMAN voerde deze laatste groep een oriënterend gesprek over de wijze waarop in de verschillende landen en hun universiteiten aan de studenten het onderwijs in de radiografie wordt gegeven. Schrijver dezes mocht daarbij als „journalist” aanwezig zijn. Uit de door de verschillende, inderdaad uit alle hoeken der aarde afkomstige, aanwezigen verstrekte gegevens bleek dat er op dit gebied nog vele zeer grote verschillen zijn, zelfs in hetzelfde land op verschillende universiteiten. Uit de mededelingen van Prof. WAGGENER (U.S.A.) bleek dat er ook op de universiteiten in de V.S. vrij aanzienlijke verschillen ten deze bestaan hetgeen voor de A.D.A. aanleiding was aan zijn „Educational Committee” te verzoeken richtlijnen op te stellen volgens welke h.i. het onderwijs gegeven zou dienen te worden.

Het zijn de volgende:

De student moet kennis hebben van

1. de historische achtergrond

2. de elektrische, mechanische en fysieke factoren van ioniserende stralen
3. de biologische factoren
4. de chemische grondslagen van het ontwikkelproces
5. de intra- en extraorale opname-technieken
6. de beginselen der interpretatie
7. anomalieën en pathologische veranderingen teneinde deze te kunnen herkennen
8. het opmaken van rapporten betreffende het vastgestelde
9. research

Nadat vele der andere deelnemers verslag hadden uitgebracht over de wijze waarop één en ander bij hen is geregeld werd besloten dat een klein comité zich, met de punten van het „Educational Committee” der A.D.A. als leidraad, verder zou beraden over deze materie. Het zal daarover rapport uitbrengen op een volgende conferentie. Het uiteindelijk resultaat van deze en event. nog volgende beraadslagingen kan zijn dat een op te richten internationale organisatie van röntgenologen aanbevelingen in internationaal verband zou kunnen doen hoe tot een zekere normalisatie van het onderwijs in de radiografie te komen.

Deze eerste internationale conferentie werd des avonds besloten met een geanimeerd diner waar nog menigmaal de wens werd uitgesproken dat deze dag de geboortedag geweest moge zijn van een bloeiende organisatie op tandheelkundig radiografisch gebied.

BINNENLAND

G. D. MARGADANT 50 JAAR TANDARTS

15 november j.l. was het 50 jaar geleden dat collega MARGADANT slaagde voor zijn tandartsexamen en hij met zijn vader praktijk ging uitoefenen op het bekende adres Jan Luykenstraat 52 te Amsterdam, waar hij gedurende al deze jaren tot voor korte tijd werkzaam was in het belang van zijn patiënten.

Dat zijn goede diensten zich niet beperkten tot het verzorgen van deze patiënten is wel gebleken uit de lof welke hem bij verschillende gelegenheden terecht is toegezwaaid. Men herleze slechts het artikel van collega BUISMAN namens de redactie in het Tijdschrift voor Tandheelkunde, jan. 1961 ter gelegenheid van het 40-jarig redacteurschap van onze jubilaris om opnieuw onder de indruk te geraken van het vele dat hij voor de tandheelkunde in Nederland heeft gedaan en wel speciaal voor zijn werk aan ons tijdschrift.

Dat ook buiten onze kring waardering leeft voor hetgeen hij voor onze professie heeft gedaan is wel gebleken uit het feit dat het H.M. de Koningin behaagd heeft hem, nadat hij reeds geridderd was, te benoemen tot officier in de Oranje Nassau. Een onderscheiding, welke hem naar onze mening zeker toekomt.

Na al deze blijken van waardering leeft bij de A.T.V. toch de behoefte om bij dit 50-jarig jubileum van ons ere-lid te getuigen van onze gevoelens van waardering en dank-