

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSCHE ARPA. JAARVERGADERING 1965

De jaarvergadering van de Nederlandsche ARPA, gehouden op zaterdag 3 april in de collegezaal van de Gynaecologische Kliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, bood een afwisselend wetenschappelijk programma, waarin o.a. de betrekkingen tussen parodontologie en orthodontie aan de orde werden gesteld.

De volgende sprekers voerden het woord:

1. Dr. K. RATEITSCHAK (Universiteit Zürich), wiens onderwerp luidde: „*Orthodontische Massnahmen im parodontotischem Gebiss*”. Hierbij maakte hij onderscheid tussen 3 categorieën van orthodontische afwijkingen:
 - a. die welke van jongsaf hebben bestaan (bv. diepe beet);
 - b. die welke het gevolg zijn van functionele stoornissen, hetzij door occlusale oorzaken, hetzij op grond van andere orale factoren (bv. tongpersen);
 - c. dystrofisch-degeneratieve vormen (parodontose, in de Angelsaksische literatuur „periodontosis” genaamd).

Aan de hand van een uitgebreide serie kleurendia's besprak hij uit elke groep een aantal patiënten en de daarbij toegepaste therapieën resp. retentie-apparaten. Hij verzuimde niet, de aandacht te vestigen op de grenzen van de therapeutische mogelijkheden.

2. T. PILOT (Universiteit Utrecht) had „*Het lipbandje in de onderkaak*” tot onderwerp van zijn beschouwingen gekozen. In deze voordracht kwam opnieuw tot uiting hoezeer ook in de parodontologie blijft gelden dat voorkómen beter is dan genezen. De preventieve maatregelen kunnen vaak simpel zijn, zoals in de hier beschreven werkwijze van het „klieven” van het te hoog aangehechte frenulum labiale in de onderkaak. De voordracht zal in dit Tijdschrift worden gepubliceerd.
3. Dr. H. GRAF (Universiteit Zürich) sprak over „*Der funktionelle Bereich okklusaler Zahnkontakte*”. Hij bracht verslag uit over de aan de Universiteit van Zürich gevolgde methodiek om een antwoord te vinden op de oude vraag betreffende de vaststelling van contacten tussen boven- en ondertandboog. Dit kan geschieden door middel van in brugwerk ingebouwde miniatuur-zenders die – zodra zij bij contact met in de antagonist geplaatste inlays worden kortgesloten – een geluid- of lichtsignaal geven.

Deze contactregistraties, in combinatie met elektromyografie, toonden in diagrammen de resultaten van het onderzoek. Hierbij kwam vast te staan dat het occlusale contact langer duurt dan het moment van de grootste spieractiviteit. Ook is tijdens het kauwen het intercuspidale contact intensiever dan het laterale. Het moment van doorslikken van de voedselbrok gaat steeds met een relatief langdurig contact gepaard.

4. Prof. D. F. VELDKAMP besteedde in zijn voordracht: „*Reposition flap and sliding flap*” in het bijzonder aandacht aan de muco-gingivale chirurgie, zijnde dat deel van de parodontale chirurgie, dat zich bezighoudt met de operatieve behandeling van de gingiva propria en de orale mucosa. Een tweetal technieken werd aan de hand van afbeeldingen toegelicht, nl. a. de verplaatsing in apicale richting en b. die in laterale richting van een mucosa-lap.

Van de huishoudelijke vergadering zij vermeld, dat blijkens het jaarverslag van de secretaris de Nederlandsche ARPA thans bijna 200 leden telt. Tot jaarvoorzitter werd gekozen collega Dr. C. A. W. KORENHOF, terwijl Dr. W. A. M. VAN DER KWAST uit het bestuur trad. Het bestuur is dus nu als volgt samengesteld:

Dr. C. A. W. KORENHOF, voorzitter; J. A. C. DUYZINGS, vice-voorzitter; E. MORRA, secretaris, Javastraat 2E, 's-Gravenhage; L. J. A. VAN SCHIJNDEL, penningmeester, Prof. D. F. VELDKAMP, lid.

INGEZONDEN

(De Redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van deze rubriek.)

„U KUNT HET UW HOOGLERAAR NIET KWALIIK NEMEN,
COLLEGA, MAAR...

steunend op de autoriteit van mannen als ORBAN heeft hij u waarschijnlijk opvattingen en inzichten meegegeven die door de resultaten van recente onderzoeken worden weerlegd;

die opvattingen en inzichten vormen een aanvechtbaar uitgangspunt voor de tandheelkundige profylaxe, waarvan het belang steeds duidelijker aan de dag treedt..."

Dat Uw hoogleraar U onjuiste opvattingen en meningen meegaf kunt U hem inderdaad niet kwalijk nemen, hij zal U wel – zo goed en zo kwaad als dat ging met zaken die hij niet allemaal zelf kon verifiëren – hebben ingelicht en veel is natuurlijk sindsdien achterhaald of was het toen al. Kwalijk zou het zijn als hij U de toen geldende opvattingen als onveranderlijk had voorgesteld en als hij U niet had toegerust met het inzicht, nodig om de ontwikkeling van het vak te volgen en om de geringe waarde van volstrekt zekere uitspraken te doen zien. Dit deel van het universitaire onderwijs is blijkbaar verspild geweest aan de opsteller van het bovenaangehaalde proza (een deel van de tekst van een recente reclamefolder van... de Stichting voor Wetenschappelijk Tandheelkundigen Arbeid), die even verderop een brallend manifest uitvaardigt waarin hij enige opvattingen zonder commentaar of pardon met een cursief „niet” voor goed uit de wereld denkt te helpen:

...„Ten aanzien van deze punten is de laatste jaren de kennis sterk toegenomen en daarbij is de onjuistheid gebleken van vele meningen die nog in de leerboeken voorkomen en die zelfs nog gedoceerd worden.

Glazuur is *niet* opgebouwd uit kalkrijke prismata met daartussen een kalkarme, organische substantie.

Glazuur bestaat *niet* uit een organische matrix waarin kristallieten van fosforzure kalk liggen ingebed.

Wij moeten het denkbeeld verlaten dat de plaque gistingzuren in de vorm van vrije zuren zou bevatten.”...

Ik beklaag de sprekers die tegen zo'n aankondiging op moesten tornen.

M. T. JANSEN

BENADERING VAN DE CONSERVERENDE TANDHEELKUNDE

A. F. KÄYSER

Ondanks het feit, dat de Redactie van het Tijdschrift voor Tandheelkunde – naar aanleiding van de spontane kritiek door collega NORD geuit – op de inaugurele rede van Prof. Dr. F. P. G. M. VAN DER LINDEN, opmerkt, dat dit weinig gebruikelijk is (1), kan ik niet nalaten te reageren op de oratie van Prof. Dr. J. B. VISSER, uitgesproken bij de aanvaarding van het hoogleraarschap in de Conserverende Tandheelkunde aan de Universiteit van Amsterdam (2).

De redenen zijn de volgende:

1. De conserverende tandheelkunde is de *basis* van de gehele tandheelkunde. De benaderingswijze van elk facet ervan kan vèrstrekkende gevolgen hebben.
2. Hoewel kritiek gemakkelijker is te uiten, dan iets opbouwends te presteren, is deze kritiek niet spontaan, maar o.a. door gesprekken met collegae alhier meer bezadigd van karakter.
3. Wanneer men het voorrecht heeft een tijd op de Nederlandse Antillen te praktizeren, krijgt men een veel betere indruk van het peil van de conserverende tandheelkunde in Holland, dan wanneer men alleen in eigen land werkt. Vooral op Aruba, met zijn vele nationaliteiten, is men in staat tandheelkunde van vele landen te vergelijken. De Nederlandse conserverende tandheelkunde heeft hier een *uitgesproken* slechte naam. Herinnert U zich nog het cijfer vier, waarmee een vooraanstaand collega onze tandheelkunde wilde honoreren? Dat is ca. zeven jaar geleden en het spijt mij te moeten constateren: ook nu is die vier een nog hoge honorering.

Een benoeming tot Hoogleraar in de Conserverende Tandheelkunde is daarom juist in Holland niet meer of minder dan een uitdaging. Het terrein ligt praktisch braak, een *groot optimisme* en *positieve instelling* zijn een eerste vereiste. En dit nu mis ik in de rede van Prof. Dr. J. B. VISSER. Laat ik enkele gevoelige plekken aanstippen:

1. De conserverende tandheelkunde is technisch zeker niet „achtergebleven”. Wanneer een materiaal als amalgaam al tientallen jaren gebruikt wordt, pleit dit alleen maar voor het amalgaam. Het wordt alleen zo vaak gemaltraitoord. Het al tientallen jaren in gebruik zijnde middel voor de indirecte inlay techniek, de koperbandafdruk met stents, wordt nog door een groot deel der tandartsen gebruikt. Ondanks het feit, dat het in vergelijking met de moderne afdrukmethoden middeleeuws aandoet. De moderne inlay techniek is in de laatste twintig jaar bijna vervolmaakt. Kunnen de tandartsen de ontwikkeling ervan echter bijhouden?
2. Wanneer Prof. Dr. J. B. VISSER stelt, dat een perfecte wortelkanaalbehandeling „zó omslachtig en tijdrovend” is, dan beneemt hij vele collegae de moed er aan te beginnen! Bacteriologische controle is – sommige gevallen daargelaten – in de praktijk niet noodzakelijk, mits men strikt aseptisch werkt. Een perfecte wortelkanaalbehandeling in een éénwortelig element kan vaak sneller uitgevoerd worden dan een perfecte m.o.d. amalgaamvulling in een molaar. Prof. Dr. J. VAN AMERONGEN heeft ruim tien jaar terug voor ons een methode ontwikkeld, welke goede endodontie in een redelijke tijd voor de gemiddelde tandarts mogelijk maakt.

Bij de Arubaanse tandartsen zijn de Hollandse patiënten o.a. „berucht” om:

a. Hun gebrek aan dental mindedness, met als gevolg:

- b. Opvallend slechte mondhygiëne. Velen ondergaan hier voor het eerst tandsteenverwijdering en polijsten, terwijl Amerikanen uit vergelijkbaar milieu, uit zich zelf geregeld om een „cleaning” vragen.
- c. De vele onvolwaardige „pulpabehandelingen”, resulterend in het frequent voorkomen van granulomen, etc.

Om misverstand te voorkomen: bovenstaande geldt zowel voor particulier behandelde patiënten, als voor hen, die het voorrecht hadden onder het Nederlandse ziekenfondswezen te vallen.

3. Prof. Dr. J. B. VISSER constateert, dat in ons „hoog-ontwikkeld sociaal-tandheelkundig stelsel” de resultaten van de curatieve zorg ver beneden het optimum liggen. De hoofdoorzaak is echter niet de wanverhouding tussen vraag en aanbod, maar onderhonorering en gebrek aan kwalitatieve controle. Het is moeilijk te verteren, dat in het welvarende Nederland van vandaag, dat jaarlijks kapitalen schenkt aan onderontwikkelde gebieden, de sociale tandheelkunde een onderontwikkeld gebied van de eerste orde blijft, waar voorlopig geen lichtpunt te zien is.
4. Prof. Dr. J. B. VISSER „prijst zich gelukkig” zijn ambt te aanvaarden in een stad, welke in de zomer van 1962 het *besluit* tot waterfluoridering nam. Hoe kan men het getreuzel, waarmee de waterfluoridering in Nederland ingang tracht te vinden, interpreteren met een „prijzenswaardige reserve?” Waarom deze reserve? Het is nu 1965 en in 1916 ontdekte MCKAY reeds het verband: mottled enamel – fluorgehalte in het drinkwater – minder cariës (3, 4). Elk jaar, dat de Nederlandse bevolking verstoken blijft van de optimale fluortoediening, kost later extra kapitalen aan conserverende behandeling, afgezien van bijgevolgen als extra lijden door de jeugd, orthodontische anomalieën door premature extracties, etc. Onze eerste plicht als tandarts is te trachten onszelf overbodig te maken en juist hier ligt een stevig aangrijpingspunt.

De conclusies van het ledencongres, waaraan collega VISSER in 1960 actief deelnam, spreken toch duidelijke taal (5).

Ik zei reeds: de tandheelkunde is, vooral op sociaal gebied, een braak liggend terrein in Nederland (7). Wij moeten een krachtige houding aannemen tegen de uitdaging aan onze professe gesteld.

Te beginnen met veel effectiever voorlichting en mondhygiëne-instructie (T.V. en radio). Zolang de meest elementaire verrichtingen, vallende onder de parodontologie, in ons ziekenfondswezen op zijn zachtst gezegd stiefmoederlijk gehonoreerd worden (6), *ontbreekt de basis voor een goede (sociale) conserverende tandheelkunde.*

De vicieuze cirkel: onderhonorering door de ziekenfondsen → kwalitatief slechte tandheelkunde → vervlakking van interesse voor zijn beroep, is slechts te doorbreken door af te stappen van het verrichtingentarief en aanvaarden van een kwalitatieve controle.

De praktijk aan huis zal in de toekomst langzamerhand plaats maken voor tandheelkundige centra, waar mondhygiënisten, een tandtechnisch laboratorium en een bepaald aantal tandartsen een *optimum eenheid* zullen vormen *in kwalitatief en economisch opzicht.*

Dat goede sociale tandheelkunde mogelijk is toont b.v. Zweden (8). Een positieve instelling t.o.v. de conserverende tandheelkunde is dus zeker gerechtvaardigd. Vooral

van een collega als Prof. Dr. J. B. VISSER, die ik, ter voorkoming van enig misverstand, de juiste man op deze verantwoordelijke plaats acht.

Intussen prijs ik mij gelukkig in Aruba te praktizeren, waar het drinkwater sinds 1957 gefluorideerd is.

Literatuur

1. Ned. Tijdschr. v. Tandheelk., 71 : 356-357, 1964.
2. Ned. Tandartsenblad, 19 : 429-432, 1964.
3. MCKAY, F. S. and BLACK, G. V., Dental Cosmos, 58 etc., 1916.
4. Gezondheidsraad: „cariëspreventie met fluoriden”, rapport 1960.
5. Ned. Tandartsenblad, 15, no. 7 : 64, 1960.
6. G. Dekker „Sociaal perspectief der parodontologie”, openbare les bij de aanvaarding van het lectoraat in de parodontologie 9 april 1963, blz. 11-13.
7. ALDUS, A. E. M., „1965 en de toekomst”, Ned. Tandartsenblad, 20 : 3-6, 1965.
8. Ned. Tandartsenblad, 19 : 351-355, 1964.

Bernhardstraat 262, San Nicolas, Aruba.

Kennisneming van de opmerkingen van collega KÄYSER heeft gemengde indrukken bij mij achtergelaten.

Enerzijds prijs ik gaarne zijn jeugdig enthousiasme, dat duidelijk tot uiting komt in termen als „uitdaging”, „groot optimisme”, „een positieve instelling” e.d. Ik kan mij dan ook wel voorstellen, dat hij in een oratie van een hoogleraar in de conserverende tandheelkunde de voorkeur zou hebben gegeven aan een andere tendens en dat hij zich deswege tot een zekere kritiek geroepen voelt. Dit is echter een kwestie van persoonlijk inzicht, waarbij het verschil in leeftijd en ervaring waarschijnlijk ook wel een woordje meesprekt.

Aan de andere kant moet ik toch zeggen dat hij in zijn betoog de gewenste positieve instelling nogal geweld aandoet, wanneer hij zich zó minachtend uitlaat over het peil van de conserverende tandheelkunde in Nederland. In feite houdt deze uitspraak een vernietigend oordeel in over de Nederlandse tandartsen. En kan het onderwijs deze kritiek ook niet een beetje op zich betrekken?

Natuurlijk staat het een ieder vrij over deze zaken een eigen mening te hebben, doch met de formulering daarvan dient men voorzichtig te wezen. Vooreerst is zulk een oordeel altijd in hoge mate subjectief. Wat de één als volstrekt onvoldoende afwijst, zal bij de ander wellicht nog genade vinden, omdat hij overweegt dat ook minder aantrekkelijk uitzien restauranten ertoe kunnen bijdragen dat een gebit nog lange jaren behouden blijft. Het gaat er maar om welke maatstaven men voor de praktijk aanlegt.

Het valt zeker niet te ontkennen dat men nu en dan bedroevende staaltjes van restauratieve verrichtingen onder ogen krijgt, maar het is verkeerd te generaliseren. In de praktijk tot uiting komende geringschatting van principes, die men aan de universiteit heeft geleerd, is een eigenschap, die men in elk beroep bij een zeker percentage van zijn beoefenaren kan aantreffen: het treedt in de tandheelkunde alleen vaak wat onbarmhartiger aan het licht. Aan een ontoereikende conserverende verrichting is niet altijd te zien of onverschilligheid dan wel onkunde de onmiddellijke oorzaak van het falen is

geweest. Er kunnen zich tijdens de behandeling ook storende factoren hebben voorgedaan, die de verontwaardigde criticus wellicht milder gestemd had, ware hij getuige daarvan geweest.

Daarom doet het niet erg prettig en zeker ook niet positief aan, wanneer een jong collega vanuit Aruba – waar de mogelijkheid tot waarnemingen bij in Nederland behandelde patiënten toch waarlijk beperkt is – komt tot de nogal hooghartige uitspraak dat de Nederlandse conserverende tandheelkunde met het cijfer vier nog te hoog is gehonoreerd.

Collega KÄYSER schrijft dat zijn kritiek niet spontaan is, maar dat deze o.a. door gesprekken met collega's een meer bezadigd karakter draagt. In aanmerking genomen dat hij zich op genoemde basis geroepen voelt in geschrifte uiting te geven aan zijn gevoelens van geringschatting voor de verrichtingen van de Nederlandse collega's, moet ik deze bezadigdheid toch wel ernstig in twijfel trekken. De in zijn beschouwing geuite negatieve kritiek blijve dan ook geheel voor rekening van de inzender!

In mijn oratie heb ik met enige nadruk gesteld dat met de bestaande restauratieve materialen voortreffelijke resultaten zijn te bereiken. Doch ik blijf er bij: gezien de subjectieve behoefte (de objectieve laten wij nu nog maar buiten beschouwing) is elke behandeling, wil deze op de juiste wijze worden verricht, tijdrovend. Deze vaststelling behoeft echter niemand de moed te ontnemen eraan te beginnen, gelijk collega KÄYSER beweert. Het zijn juist de tekortkomingen van de materialen in het milieu, waarin zij nu eenmaal moeten worden verwerkt, die speciale voorzieningen eisen, welke relatief veel tijd en geld kosten en dat alleen al maakt het ondoenlijk een volk tandheelkundig langs curatieve weg werkelijk te saneren. Ik heb een en ander in het bijzonder willen zien tegen de achtergrond van de tegenwoordige maatschappelijke omstandigheden.

„Wanneer amalgaam al tientallen jaren gebruikt wordt, pleit dit alleen maar voor het amalgaam”, aldus de inzender. Ja, maar het onverdroten voortgaande amalgaam-onderzoek bewijst al, dat er materiaalkundig nog wel het een en ander aan ontbreekt (afgezien nog van de esthetische eigenschappen). Men heeft echter op het gebied van de zg. plastische materialen op het moment nog niets beters.

Als hoofdoorzaak van het door mij gesignaleerde feit, dat de resultaten van de curatieve zorg in de sociale tandheelkunde soms ver beneden het optimum liggen noemt de inzender de onderhonorerings en het gebrek aan kwalitatieve controle, terwijl ik in mijn rede heb gezegd: „mede door de wanverhouding tussen vraag en aanbod”. Dat is dus wat voorzichtiger uitgedrukt, of minder positief zo men wil. Ik meen echter dat men met dergelijke postulaten meer reserve in acht zou moeten nemen dan de inzender heeft gedaan. Natuurlijk zijn zowel de controle als de honorering factoren van belang, maar zij zijn niet de enige. Er is trouwens ook nog zoiets als de menselijke natuur, die vaak sterker is dan de leer, doch daarover zwijgt men gemakshalve meestal maar... In elk geval leken mij beschouwingen over honorering en controle in een oratie minder passend.

Naar aanleiding van des inzenders opmerkingen over de wenselijkheid van een veel effectiever voorlichting en instructie inzake mondhygiëne, bv. via radio en televisie, kan worden gezegd dat hieraan in Nederland van bevoegde zijde steeds meer aandacht wordt besteed, getuige ook de plannen om op korte termijn een opleiding van mondhygiënisten te verwezenlijken (zie pag. 163, afl. 2, febr. 1965 van dit Tijdschrift).

Het is altijd heel gemakkelijk om van grote afstand te zeggen hoe het allemaal wel moet (T.V. en radio) maar het is niet zo eenvoudig om beslag te leggen op zoveel zendtijd als men wel zou wensen. Bovendien ontbreekt het wetenschappelijk bewijs dat een dergelijke campagne het rendement zou hebben dat de inzender voor ogen zweeft. Natuurlijk dient men ten aanzien van de propaganda zijn best te blijven doen, maar er is in dit land van individualisten zeker plaats voor de mening dat een door dergelijke uitzendingen opgewekte interesse een strovuur zou blijken. Ingeroeste gewoonten, ook op het gebied van mondreiniging, laten zich – althans bij ouderen – niet gemakkelijk verdringen. De vergelijking met Amerikanen, „die zelf om een cleaning vragen” zegt mij dan ook niet zoveel. Ik ben er van overtuigd dat instructies – via welk medium dan ook – omtrent mondhygiëne en dieet slechts kunnen aanslaan bij jonge kinderen, wier gewoonten in dit opzicht nog niet zijn vastgelegd.

Tenslotte nog een enkel woord over het door collega KÄYSER gewraakte getreuzel met de drinkwaterfluoridering in Nederland. Voorzover dit woord betrekking heeft op de vertraging in de uitvoering van besluiten in sommige gemeenteraden of soortgelijke organen, kan ik hem van harte bijvallen: het is bijzonder te betreuren dat bv. in Amsterdam tot op heden van de effectuering van deze maatregel nog weinig blijkt.

De betrokken zinsnede doet evenwel vermoeden, dat des inzenders ergernis zich niet alleen beperkt tot vertragingen van deze aard. De door hem in verband hiermee geciteerde woorden „prijzenswaardige reserve” hadden nl. betrekking op de herhaling van de Amerikaanse proeven in het experiment Tiel-Culemborg, naar aanleiding van verschillen in leefwijze en voedingsgewoonten. Wanneer hij zich ook hier tegen richt, dan geloof ik dat hij zijn bevoegdheid te buiten gaat.

Hoewel een oratie over 't algemeen een weinig geschikt uitgangspunt is voor discussie zou ik persoonlijk wel wensen dat in ons Tijdschrift vaker iets tot uiting kwam van de „choc des opinions”, die in ons beroep op velerlei gebieden toch heus wel bestaat.

J. B. VISSER

KANTTEKENINGEN BIJ COLLEGA NORD'S: „OPLEIDING EN NUTTIG EFFECT”

J.J. SPEELMAN

Bij hetgeen coll. NORD (jan. 1965) schrijft in zijn inleidend gedeelte t/m halverwege blz. 81 kan ik mij volledig aansluiten. Daar waar hij het echter heeft over de hulpmiddelen, genoemd onder 1, 2, 3 en 4 ben ik een geheel andere mening toegeedaan.

1. De tandtechnicus

Daarover wordt gezegd dat de regeling met de tandtechnici *vermoedelijk* bevredigend is. Dit is erg voorzichtig gesteld en hieruit blijkt wel dat de schrijver niet erg goed van deze materie op de hoogte is. Het schijnt, dat er momenteel weer besprekingen gaande zijn, om te trachten een betere en meer bevredigende regeling te verkrijgen, zowel voor

de laboratoriumhouders als voor de tandtechnici in loondienst. Veel zal daarbij afhangen van de houding, het inzicht en de gezindheid van het Departement van Econom. Zaken, doch gezien de ervaringen van het laatste jaar ben ik voor mij op dit moment t.o.v. een goede afloop nog weinig hoopvol gestemd.

2. *De stoelassistente*

Met hetgeen hierover wordt opgemerkt kan ik volledig instemmen.

3. *De mondhygiëniste*

Ongetwijfeld zullen deze meisjes *op den duur* een heleboel „vervelend” werk van de tandarts kunnen overnemen, tenminste wanneer:

- a. een voldoende aantal wordt opgeleid,
- b. de belangstelling zowel van patiënt als tandarts t.a.v. de mondhygiëne groeiende is.

Indien dit laatste juist mocht zijn, dan zullen deze meisjes iets moeten gaan doen, wat momenteel bijna niet gedaan wordt; van een voorzien in een direct tekort aan mankracht voor de „elementaire hulp” zoals vullingen e.d., waar we echt om zitten te springen, zal echter geen sprake zijn. Ik voorzie dan ook dat deze meisjes zullen worden ingezet in enkele „dure” particuliere praktijken en dat de sociale tandheekunde er niets van meekrijgt. Wanneer we daarbij bedenken dat de opleiding voor het allergrootste deel zal geschieden op staatskosten en deze bepaald niet gering zullen zijn, zou ik één en ander eerder met a-sociaal willen betitelen, dan de voorstelling te wekken alsof de gehele tandheekunst, dus ook de ongeveer 75% sociale voorzieningen er in de toekomst profijt van zal hebben.

4. *De „mondverzorgster”*

Aangezien coll. NORD t.a.v. deze hulpkrachten zo veel „kreten” in zijn stuk heeft geslaakt, zal ik trachten hem althans hierbij op de voet te volgen.

Inderdaad zal dit het meisje moeten worden, dat eenvoudige vullingen *zal* (niet zou) moeten leggen bij schoolkinderen en kleuters.

Aan de bevoegdheid tot extractie in het melkgebit ben ik persoonlijk nog niet toe, maar wil daar ook geen halszaak van maken.

Of er maar weinigen op het Westelijk Halfrond zullen zijn die menen hiermee iets te kunnen bereiken om aan het tekort aan hulp tegemoet te komen betwijfel ik. Mocht coll. NORD alleen afgaan op een uitspraak via de stemgerechtigde afgevaardigden van de Maatschappij, dan zou men hem in dit opzicht gelijk kunnen geven. Van mijn kant rijst dan echter de vraag of deze stemming een representatieve weergave is van de mening der tandartsen in 't algemeen en dan heb ik daarbij voorlopig alleen maar het oog op ons eigen land.

Wanneer ik bovendien het oordeel van verschillende hoogleraren in de tandheekunde in aanmerking neem dan is het voor mij geen vraag meer welke waarde aan zo'n stemming op een vergadering mag worden toegekend. Alle verklaringen, die zich richten tegen het opleiden van deze hulpkrachten, komen voort uit een zekere vorm van angst, dat er wel eens heilige huisjes zouden kunnen worden afgebroken, doch angst is altijd een slechte raadgeefster.

Voor wat betreft het „nuttig effect” zou ik voorlopig kunnen volstaan met de vraag terug te kaatsen op grond van hetgeen coll. NORD opmerkt t.a.v. het nuttig effect van de mondhygiënisten. Van deze laatsten is zulks ook nog geenszins bewezen en vooralsnog wijs ik ze uit sociale overwegingen af.

Op zijn opmerking dat er nog al wat meisjes nodig zullen zijn, kan ik alleen maar bevestigend antwoorden. Wanneer hij stelt dat dit er wel enige honderden zullen moeten zijn (waarom noemt NORD geen getallen bij de mondhygiënistes?), dan is dat voor mij het bewijs, dat hij evenals ik het grote tekort aan mankracht onderkent voor die hulp, waarin de tewerkstelling van deze meisjes zou moeten voorzien.

De drie volgende vragen worden daarbij gesteld:

Waar komen ze vandaan en waar worden ze opgeleid?

Wie leidt hen op en waar vindt men de nodige ruimte?

Hoe wordt één en ander gefinancierd en door wie?

Deze vragen kunnen eigenlijk op dezelfde wijze worden beantwoord als de vorige. Ze zijn alle drie theoretisch op de voorgrond geplaatst en komen voort uit een negatieve instelling. Het zal veeleer een kwestie zijn van aanpakken en zoeken naar een praktische oplossing. In mijn naaste omgeving en ook wel daarbuiten ken ik verschillende meisjes, die voor een dergelijke werkzaamheid graag in aanmerking zouden willen komen; daarbij wil ik aantekenen, evenals coll. NORD dit doet bij de mondhygiënistes, dat ik eveneens de hoop koester, dat men de opleiding niet te wetenschappelijk gaat opzetten. Met het oog op de controle stel ik mij inderdaad voor dat deze hulpkrachten het beste te werk kunnen worden gesteld in een Centrum, als dan: zou het precies gaan in de richting, die ik persoonlijk en velen met mij graag zouden willen inslaan waar het de schooltandverzorging of zo men wil jeugdzorg betreft.

Er is in het verleden en er wordt ook nu nog zeer nuttig werk verricht op basis van het door de Centrale Raad gepropageerde Bonner systeem: behandeling op school met verplaatsbare installaties. Zo langzamerhand raken we hiermee evenwel, gezien de snelle en ingrijpende ontwikkeling op het gebied van de apparatuur, enigszins achterop en neemt de hulp hier en daar meer de vorm aan van behelpen dan van helpen. Vandaar dat ik pleit voor de schooltandverzorging (jeugdzorg) in Centra, aangevuld met dental cars voor de ietwat excentrisch gelegen scholen.

Hoe lang zo'n hulpkracht in de praktijk werkzaam zal blijven is niet gemakkelijk te beantwoorden om de eenvoudige reden dat ze er nog niet zijn. Men kan hoogstens een vermoeden uitspreken en dan ben ik in dit opzicht wel optimistischer dan coll. NORD. Het ligt n.l. wel iets anders dan bij het onderwijs: daar is het full-time of niets, terwijl ik me heel goed zou kunnen voorstellen dat dergelijke medewerkers, eenmaal getrouwd, dit beroep graag nog verscheidene jaren zouden willen blijven uitoefenen, zij het ook in half-time of part-time verband.

Wat het nuttig effect van de s.t.v. zal zijn, als de kinderen na het verlaten van de school niet verder tandheelkundig worden opgevangen, is ook weer zo'n uitspraak in het negatieve. Natuurlijk zal een en ander min of meer gelijke tred houden met de toename van het aantal tandartsen. Maar ook hier is het stellen van deze vraag een bevestiging van de reeds jaren door vele tandartsen erkende, maar door de Maatschappij nog steeds ontkende situatie, n.l. dat er een concreet tekort aan tandartsen is.

Niettemin zal bij invoering van jeugdtandverzorgsters althans een groter aantal van die kinderen na het verlaten der lagere school kunnen worden opgevangen door de „eigen” tandartsen, die thans nolens vilens bij de schooltandverzorging werkzaam zijn en daarin dan overbodig zullen blijken.

Op hetgeen coll. NORD in zijn verdere betoog zegt van Nieuw Zeeland e.d. zou ik uitvoerig kunnen reageren. Het hele stuk behelst een veroordeling van datgene wat vaak onder zeer moeilijke omstandigheden, maar met enthousiasme, is opgebouwd en tot stand gebracht. Als hij schrijft: „Wat wil men eigenlijk bereiken met de kinderbe-

handeling?" dan vraagt men zich af of het nog zin heeft om daarop te reageren. Waarom, zo zou men coll. NORD kunnen vragen, behandelt hij orthodontische afwijkingen; waarom doen we alle mogelijke en vaak onmogelijke dingen?

Ik ben van mening dat we niet in de eerste plaats en uitsluitend naar de uitslag moeten kijken maar vooral naar het doel, dat wordt nagestreefd.

Bij hetgeen gesteld wordt onder „Tenslotte" wil ik mij gaarne aansluiten. Dit is tenminste een vraag met een positieve achtergrond. Ik wil daarbij echter wel de nadruk leggen op het laatste gedeelte, n.l., dat het tijd wordt (misschien is het al te laat), dat alle belanghebbenden *gezamenlijk* deze belangrijke vraagstukken onder de ogen zien. Dit moet dan echter tevens betrekking hebben op de onder 4 genoemde vrouwelijke hulpkracht, waarbij er niet van mag worden uitgegaan dat het geen enkele zin heeft aan deze „mogelijkheid" tijd te verspillen.

C. v.d. Lindelaan 6
Enschede

WAT NU?

Dr. CH. F. L. NORD

O Goden, seghent ghij
dees toecleg, bidden wij.
Soo dat dit droef begin
ten goeden eindt gedij!
P. C. HOOFT

Wanneer men met sommige anthropologen van mening zou zijn dat ons huidig kauworgaan voorbestemd is om te verdwijnen, doordat er een voortdurende reductie van het aantal gebitselementen plaats vindt, die de homo sapiens ten slotte tandeloos zal maken, dan is er de geruststellende gedachte, dat dit proces toch in ieder geval miljoenen jaren zal vergen en dat wij ons over onze kinderen en kleinkinderen niet direct ongerust behoeven te maken.

Maar helaas, er is een geheel ander proces, dat zich bij deze kindermonden steeds duidelijker manifesteert en dat ons in hoge mate verontrust.

KUIPÉRI heeft ons in zijn statistieken aangetoond hoe ernstig de situatie in Amsterdam is t.a.v. het cariës-vraagstuk en in het maart-nummer van dit tijdschrift komt SYBRANDY dit voor 's-Gravenhage nog eens onderstrepen.

Als uit de Haagse statistieken blijkt dat bij een percentage D.M.F. = 0 in 1951, dit cijfer voor de 1e klasse 63,1% en voor de 6e 16,6% bedroeg, dan lijkt dit al erg genoeg; wanneer echter in 1963 deze cijfers dalen tot 46,7% en 1,8%, dan is het toch wel de allerhoogste tijd om de noodklok te luiden.

Want dit zijn de cijfers van de Schooltandheelkundige Dienst!

KUIPÉRI, de leider van de Amsterdamse jeugdverzorging, is van mening dat door het overmatig snoepen van de tegenwoordige jeugd – wij leven immers in een welvaartsstaat – de schooltandartsen hier *machteloos* tegenover staan en men volkomen andere wegen zal moeten bewandelen om te redden wat er nog te redden valt.

Met hem en de controlerende tandarts (die op het zelfde standpunt staat) heb ik een namiddag de monden van een aantal kinderen van 5-15 jaar bekeken en was ontsteld

over wat ik zag en over de vorderingen van de cariës in de kindermonden in de weinige jaren sinds ik de praktijk heb neergelegd.

KUIPÉRI komt tot de volgende opmerkingen:

1. *De bevolking dient gewaarschuwd te worden* dat de voornaamste oorzaak van tand-cariës het veelvuldig gebruik van gemakkelijk oplosbare koolhydraten is. Dit is wetenschappelijk voldoende komen vast te staan.
2. *De fluoridering van het drinkwater* dient ter algemene preventie ten spoedigste te worden ingevoerd.
3. *Nu de cariës met toenemende kracht haar verwoestende werk voortzet* (zie D.M.F.) en het melkgebit b.v. niet dan met kronen tot het moment van de fysiologische uitstoting behouden kan blijven, komt de vraag naar voren of het volk massaal nog tandheelkundige verzorging deelachtig kan worden. Het vullen van één vlak voorkomt niet de aantasting van een nog niet gevuld vlak en evenmin de aantasting van andere elementen in dezelfde mond.
4. *De tandheelkundige opleiding komt hierbij in het geding*. De perfectie daarvan brengt de neiging mee de techniek der restauratie tot in het extreme door te voeren, wat, behalve tijdrovend, ook uitermate kostbaar is. Behalve de mankracht zijn ook de fondsen daarvoor niet toereikend.
5. *Dit alles dwingt ons de opzet voor een meer efficiënte tandheelkundige verzorging aan de orde te stellen*. Ook in ons land zal een verder epidemiologisch onderzoek ter hand dienen te worden genomen. Het verwijft, dat de deelnemers aan de tandheelkundige voorziening belangrijke inkomsten genieten, terwijl het uiteindelijke resultaat slechts een gemutileerd gebit is met ontijdige vervanging daarvan, dient zoveel mogelijk te worden ontzenuwd.

Conclusie

Het is de plicht om de bevolking meer dan tot op heden te waarschuwen! Dit dient gedaan te worden niet alleen door de tandartsen, maar door alle leidinggevende organisaties op het gebied der hygiëne, het onderwijs en door belangengroepen als het bedrijfsleven, vakverbonden, enz.

Fluoridering van het drinkwater is uitermate urgent. De overheid dient met meer nadruk dan te voren te worden voorgelicht!

Een werkgroep van de Centrale Raad voor Sociale Tandheelkunde zal zich met de tandheelkundige voorlichting en opvoeding moeten belasten. Een studiegroep zal zich onverwijld met een nieuwe opzet voor de sociaal-tandheelkundige verzorging – als die nog mogelijk is gezien de grote omvang van het tandbederf – bezig moeten houden. De resultaten van deze research, die ook andere onderwerpen dient te omvatten, zoals epidemiologische onderzoekingen en sociologische waarnemingen, betrekking hebbend op tandcariës en parodontopathieën, zullen bepalend zijn voor bovengenoemde nieuwe opzet.

Het wil mij voorkomen dat wel vaststaat, dat het op de huidige wijze niet kan doorgaan; dat veel nutteloos en ondankbaar werk wordt verricht, hetgeen nòch door versterkte mankracht, nòch door hulpkrachten kan worden verholpen. Het volstrekke tekortschieten van de schooltandheelkunde als *sociale* maatregel, die de bevolking „dentally fitted” zou maken, dient nu eindelijk te worden erkend, opdat nieuwe wegen kunnen worden ingeslagen.

Naar mijn mening zullen de tandheelkundige organisaties er voor dienen te zorgen,

dat nu zo snel mogelijk de *research* zal worden aangevat, die in de eerste plaats zal moeten vastleggen hoe de situatie in het land is en dan zal dienen aan te geven welke maatregelen door overheid en professie zullen moeten worden genomen.

Men dient – zo mogelijk – te voorkomen, dat kinderen van 11 en 13 jaar, ondanks regelmatige verzorging van de Schooltandheelkunde, veelal een gebit hebben dat met de daartoe beschikbare middelen niet te restaureren is!

Ten slotte nog iets over manpower en vrouwelijke hulpkrachten.

Dat onder alle omstandigheden het aantal tandartsen en hulpkrachten dient te worden vermeerderd, is zonder twijfel in confesso.

Wat de tandartsen betreft komt de vraag naar voren of het niet mogelijk is de gemiddelde studieduur te verkorten? De officiële studieduur is zes jaar. In de eerste 10 jaar van de 6-jarige opleiding hebben te Utrecht 127 studenten de studie in zes jaar voltooid; dat is dus nog geen 13 per jaar! 174 studeerden in de loop van het zevende jaar af. Een zeer aanzienlijk aantal doet er dus nog langer over dan zeven jaar. Het zou interessant zijn te weten hoe precies die statistiek luidt en wat de oorzaken zijn van deze vertraging. Zou het niet zó kunnen, dat de gemiddelde student er hoogstens zes jaar over doet en eerst een jaar later, na onder controle gewerkt te hebben, het *jus practicandi* verkrijgt, zoals b.v. in Denemarken?

Wat de vrouwelijke hulpkrachten betreft, nog enige opmerkingen over de *mondverzorgster*. Ik vind het jammer dat de heren BUISMAN en SPEELMAN uit mijn artikel blijkbaar alleen dit onderwerp de moeite waard hebben gevonden om op in te gaan. Maar aangezien de hoofdredacteur en zijn Speelman beiden lid waren van de Commissie, die het lijvige Rapport 1957 (69 getypte folio-vellen) heeft uitgebracht, plaagde hun vermoedelijk een slecht geweten. Ik moet bekennen met het schaamrood op de kaken wederom in dit stuk gedoken te zijn, omdat ik volgens BUISMAN, daar immers een antwoord op al mijn vragen had kunnen vinden. Ik had echter – na lezing – mijn normale gelaatskleur weer terug, want ook nu heb ik nergens kunnen vinden – óók niet in het ingezonden stuk van SPEELMAN – hoe de heren zich de opleiding van de door hen voorgestelde schooltandverzorgsters voorstellen.

Ik vond niet anders dan de noodzaak van een H.B.S.- of Gymnasiumopleiding en een tweejarige studieduur in Rotterdam of Utrecht!

Voorts dat men zorgvuldig de gegevens uit Nieuw-Zeeland had geraadpleegd, waaruit onder meer bleek, dat de dental nurse gemiddeld 420 kinderen onder haar hoede heeft.

In Nederland is het aantal lagere schoolkinderen $\pm 8\%$ van de bevolking, dat is dus ongeveer een miljoen. Op 420 kinderen zou men derhalve 2380 schooltandverzorgsters nodig hebben. Wat beginnen wij dan met de 400 van BUISMAN en SPEELMAN?

Voorts moet ik bekennen nooit een „schooltand” te zijn tegengekomen; wèl een melktand of een blijvende tand. En zelfs op de school zou ik toch graag de mond verzorgd zien en niet alleen de tand. Vandaar dat ik de term schooltandverzorgster afkeur en mondverzorgster veel beter vind, temeer omdat schooltandheelkunde een verouderd begrip is geworden!

Ik zou verder willen vaststellen, dat het z.g. „Bonnersysteem” in de schooltandheelkunde in 1965 toch wel moeilijk te verdedigen valt. Is het melkgebit dan niet even belangrijk als het blijvende met het oog op de prognose?

En is een infectie in dat melkgebit eventueel minder ernstig voor de gezondheid van het kind als die in het blijvende gebit voor de volwassene?

Overigens zou ik graag misverstand vermijden. Ik heb in principe hoegenaamd niets tegen de „Dental Nurse”. Dat zij een gevaar zou zijn voor de praktijk of voor de status van de tandarts houd ik voor volstrekt onjuist, eerder is het tegendeel het geval.

Mijn bezwaar geldt uitsluitend de opleiding! Willen deze meisjes enig effect sorteren, dan zijn er een paar duizend nodig. Die leidt men niet even op in Rotterdam of Utrecht. Zeer terecht wordt eindexamen H.B.S. of Gymnasium verlangd. Hoeveel meisjes zullen dan echter gaarne dental nurse willen worden als broers, zusters, vrienden en vriendinnen medicijnen, tandheelkunde, rechten, etc. gaan studeren?

Hoe gaat die opleiding er nu precies uitzien en welke en hoeveel docenten heeft men daarbij nodig? Waar en in hoeveel plaatsen wordt deze studie ondergebracht en wat gaat dit kosten, als men uit de Nieuw-Zeelandse statistiek weet, dat de gemiddelde werkduur van deze meisjes 8 jaar is!?

En hoe zal men ooit kunnen verdedigen dat deze goed opgeleide meisjes wel eenvoudige vullingen kunnen leggen bij twaalfjarigen en niet bij veertien- of vijftienjarigen, temeer daar dit alles onder controle moet geschieden? Geloven BUISMAN en SPEELMAN c.s. werkelijk dat zij dat kunnen volhouden?

Vandaar mijn voorkeur voor de mondhygiëniste, waar eindexamen H.B.S. of Gymnasium zeker *niet* nodig is, maar volstaan kan worden met M.U.L.O. of eventueel M.M.S. Deze meisjes kunnen voor een deel gerecruteerd worden uit de beste stoel-assistenten. Ook voor haar is een schriftelijke cursus ten dele zeer goed mogelijk en is de praktische opleiding op eenvoudige wijze in verschillende centra gemakkelijk te geven, zoals men dat b.v. in Engeland tijdens de oorlog heeft gedaan. Uit persoonlijke ervaring weet ik dat dit bijzonder bruikbare krachten waren.

Men zal uit moeten gaan van het axioma, dat de arbeid van de tandartsen in de toekomst – en vooral van deze meisjes – zal moeten zijn: preventie, en nog eens preventie en daarvoor is juist de categorie der mondhygiënisten bij uitstek geschikt!

Amsterdam, april 1965.

Joh. Vermeerplein 9
Amsterdam

Naschrift:

De „Dental Nurses” en de „Dental Hygienists” hebben de laatste tijd in onze bladzijden nog al wat ruimte opgeëist. Voor hen wie het zuiver houden van de Nederlandse taal ter harte gaat zijn deze nieuwe Angelsaksische veroveringen een weinig gelukkig verschijnsel. Men gaat zich afvragen wat het volk met deze termen zal gaan doen en of het werkelijk niet anders kan?

Redactie