

OVER MOHAMMED EN DE BERG

*Zittend werken met een conventionele installatie*

C. GROENEWEGEN

Hoewel over het algemeen zittend behandelen van patiënten minder vermoeiend is dan staand, heeft deze werkmethode toch nog geen algemene ingang kunnen vinden. Zulks is een gevolg van het feit, dat de meeste bestaande installaties in beginsel voor staand werken zijn ontworpen en zich dus minder goed lenen voor zittend werk.

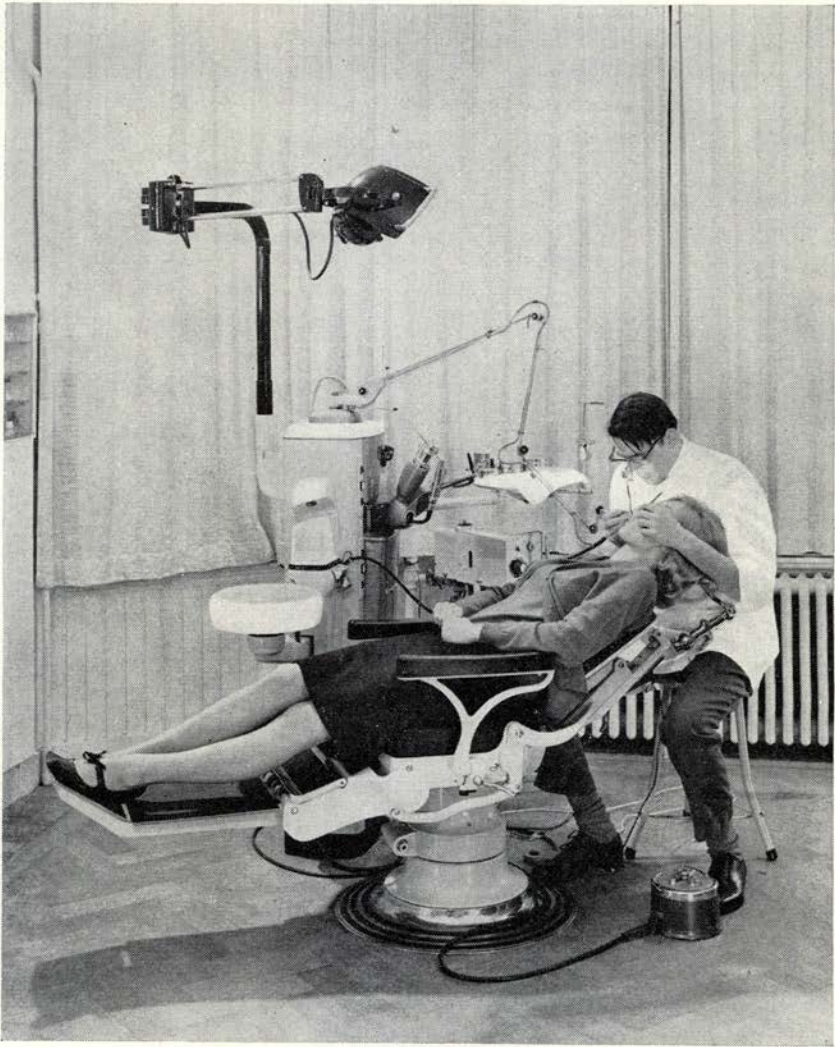
Uit hoofde van energiebesparing is het duidelijk, dat ook de tandartsen op de duur zullen dienen over te gaan tot een radicale reorganisatie van hun behandelkamer, maar zolang de industrie nog prototypen bouwt lijkt het minder juist nu reeds tot het aanschaffen van een nieuwe installatie te besluiten.

In het onderstaande zal worden uiteengezet hoe de bestaande apparatuur met geringe kosten aangepast kan worden aan de moderne behoeften op het gebied van zittend werken.

Daarvoor is het nodig, dat wij ons in gedachten geheel los maken van de bestaande opstelling van de installatiestukken. Men dient zich tandarts en patiënt voor te stellen als ergens in een lege kamer geplaatste elementen, die, wanneer zij aldaar gunstig van elkaar zijn opgesteld, als een geheel naar de bestaande unit worden toegebracht.

Wil een werkelijke ontspanning tijdens het zitten door de tandarts kunnen worden bereikt, dan zal hij plaats moeten nemen op een krukje van ongeveer 45 cm hoogte. Zijn bovenbenen zullen zich dan in een horizontale stand, de onderbenen in een verticale stand bevinden, terwijl de voeten plat op de vloer rusten. Dit nu heeft voor een verdere analyse van de zittende werkwijze belangrijke consequenties.

Eén ervan is, dat het hoofd van de patiënt zich te hoog bevindt. Aangezien men de behandelstoel in zijn geheel niet lager kan plaatsen en anderzijds het gebruikmaken van een podium ook bezwaren met zich brengt, zal hier de oplossing gezocht moeten worden in het achterover klappen van de rugleuning van de behandelstoel, waarbij dus het hoofd op een lager niveau komt. In verschillende moderne stoelen is dit principe inderdaad verwerkt. Helaas zal de tandarts met gespreide benen moeten zitten, aangezien de rugleuning van de behandelstoel in feite voor deze houding niet geconstrueerd is. Toch zal blijken dat een conserverende behandeling (in de „11 uur stand”) rechts achter de patiënt op nagenoeg ideale wijze mogelijk is. Soms echter is de „9 uur stand” (naast of half vóór de patiënt) noodzakelijk. Bij de houding kan men door het



Afb. 1.

hoofd van de patiënt naar rechts te brengen de torsie in de eigen wervelkolom verminderen. In geval van een hoofdsteun met kogelgewricht bewijst een schuimplastic kussentje van 1½ cm dikte op de rechter schelp, volgens JOHNSON, goede diensten. Bij een scharniergewricht zij gewezen op de zijdelings verschuifbare hoofdsteun volgens WAECHTER.

Een verrijdbaar zitkrukje verdient voorts aanbeveling boven hetgene dat op de foto's is afgebeeld, omdat men er zich gemakkelijk mee kan instellen op de positie van het hoofd van de patiënt.

Nu tandarts en patiënt op deze gunstige manier ten opzichte van elkaar geplaatst zijn blijkt, wanneer de behandelstoel in dezelfde positie zou blijven staan, de unit onbereikbaar ver. Onoverkomelijk is dit echter niet, daar wij, naar analogie van MOHAMMED's probleem met de berg, de behandelstoel kunnen draaien, teneinde zelf een aanvaardbare positie ten opzichte van de unit (die natuurlijk wel te hoog is) te kunnen innemen.

In de praktijk blijkt, dat een stoel met opklapbare voetenbank, zoals op de foto, zelfs niet verschoven behoeft te worden; een rotatie over ongeveer 100° is voldoende. Toch is dit nog niet ideaal daar zich situaties voordoen, waarbij de stoel met patiënt en al gedraaid moet worden. Een stoel met vast voorstuk zal men iets ten opzichte van de unit moeten verplaatsen en wel zó, dat wanneer men de rugleuning in vertikale stand plaatst, maar de stand van de hoofdsteun geheel vrij laat, botsingen met de unit uitgesloten zijn.

Dit is noodzakelijk aangezien men voor staand werken de oorspronkelijke stand zal verkiezen. Het bezwaar, dat men verder van de unit af staat, is niet zo groot omdat men minder vaak zal staan en staande bovendien iets verder kan reiken.

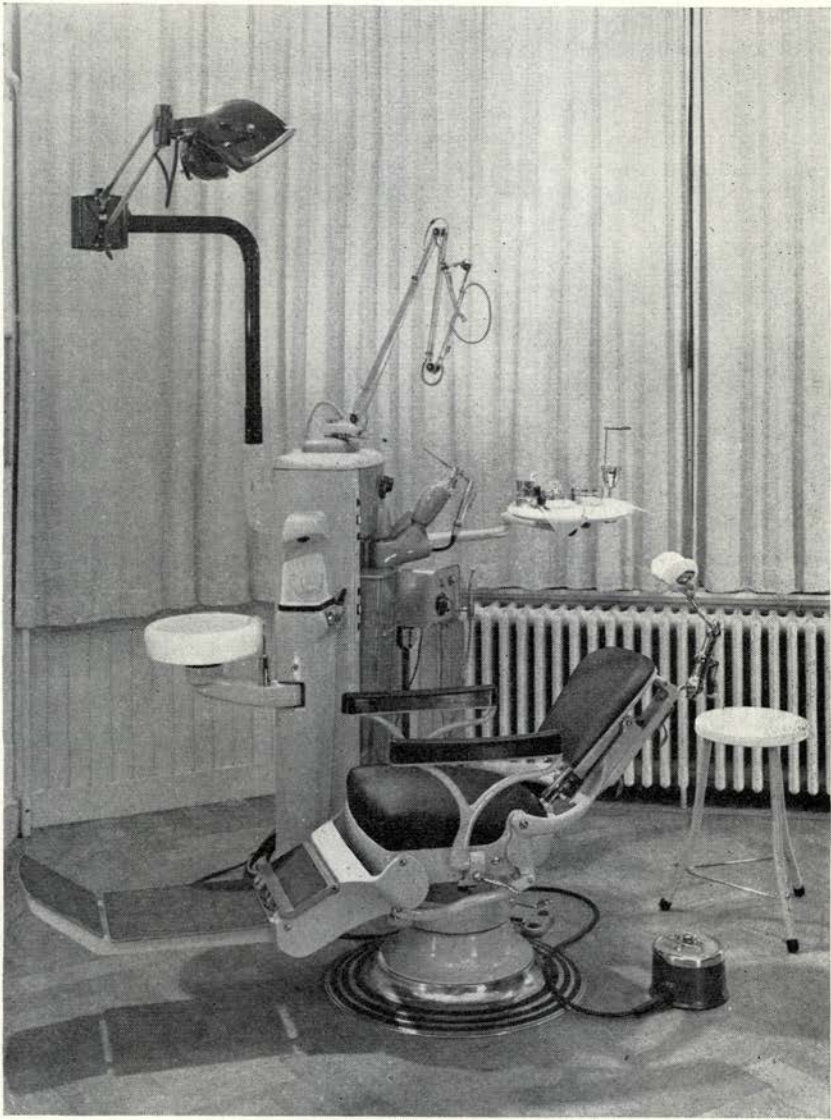
Dat de patiënt met de rug naar het raam toezit is met de moderne verlichting geen bezwaar, al zal men moeten zorgen, dat de lamp in beide stoelstanden op de mond van de patiënt kan worden gericht. Men zal misschien nog meer voorzieningen moeten treffen, doch dit hangt zózeer van de plaatselijke situatie af, dat hierop niet verder behoeft te worden ingegaan.

Aldus is een oplossing verkregen, die mijzelf in de praktijk uitstekend bevalt.

Een vraag blijft: „Wat vindt de patiënt van dit alles?” De reacties zijn zowel in mijn eigen praktijk als ook in die van enkele collegae, die het systeem toepassen, uitermate gunstig; misschien wel omdat de gehele linkerzijde van de stoel vrij is.

Bij een achterovergeklapte rugleuning heeft de patiënt slikbezwaren, die overigens reeds bij een geringe verstelling optreden, maar bij verdere rotatie niet in omvang toenemen. In Amerika maakt men in verband hiermee gebruik van krachtig werkende zuigapparaten en spuwtrechters. Toch is ook met een gewone, mits goed werkende, speekselzuiger wel iets te bereiken. Dit geldt vooral wanneer de patiënt vrij door de neus kan ademen en „post nasal drip” afwezig is.

De patiënt zal om te kunnen spoelen overeind moeten komen; dit gaat het best wanneer de zitting van de stoel horizontaal staat. Hij vindt dan de spittoon



recht voor zich. Dit blijkt prettiger dan een spittoon naast de stoel; er wordt dan ook minder gemorst dan vroeger.

Ik meen niet een in alle opzichten ideale oplossing te hebben gevonden, aangezien deze met de bestaande apparaten niet te verwezenlijken valt. Wèl geloof ik, dat men op deze wijze een reële mogelijkheid heeft om de voor- en nadelen van zittend werken tegen elkaar af te wegen. Men is zodoende in staat om bij de aanschaffing van speciaal voor zittend werken ontworpen installatiestukken, deze op hun waarde te beoordelen.

*Literatuur:*

1. KILPATRICK, HAROLD C. Work simplification in dental practice.
2. SCHOBERTH, H. Sitzhaltung – Sitzschaden – Sitzmöbel.
3. WAECHTER, R. Seitlich verschiebbare Kopfstütze. Die Quintessenz, Nov. 1964.
4. JOHNSEN, S.S. Tannlegens arbeidsstilling og belastningssykdommer. Tandlaegebladet, April 1954.
5. GOEMINNE, N. A critical analysis of the dental chair. Belgisch T.v.T., Mei 1963.

Ieplaan 13, Den Haag.