

latie. Of zo men wil de gemiddelde exposie van de gonaden per inwoner. Voor een exacte benadering zou bij deze berekening ook nog rekening gehouden moeten worden met de leeftijd van de patiënt⁹ (child expectancy factor) en de exposies van deze verschillende leeftijdsgroepen. Hiertoe ontbreekt de informatie zodat slechts de gemiddelde exposie per inwoner bepaald kan worden. Deze blijkt bij een ruim twee maal zo groot aantal opnamen, dank zij de verminderde gemiddelde exposie per opname, slechts gestegen tot 116 %.

Indien uitsluitend de meest gevoelige filmsoort gebruikt zou worden, zou de exposie per opname dalen tot 30 % en de gemiddelde exposie per inwoner tot 67 %. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat deze meest gevoelige filmsoorten (nog) niet geschikt zijn voor alle doeleinden.

Bij al deze berekeningen is, zoals reeds eerder werd vermeld, in het geheel geen rekening gehouden met mogelijke gunstige effecten door verbetering in de stralen-hygiëne.

Conclusies

Een en ander leidt tot de volgende conclusies:

1. Het aantal opnamen per inwoner is in Nederland in 10 jaar tijd ruim verdubbeld.
2. De exposie per opname is ongeveer gehalveerd.
3. De exposie van de gonaden door tandheelkundige röntgenopnamen is per inwoner met 16 % gestegen. Hierbij is geen rekening gehouden met eventuele

gunstige effecten door verbeteringen in de opname- en ontwikkeltechniek. De resultaten bevestigen dat een toename in het aantal opnamen niet gepaard hoeft te gaan met een evenredige verhoging van de exposies.

Literatuur:

1. Aken, J. van (1960): Beschermende maatregelen tegen röntgenstralen in de tandheelkundige praktijk. Ned. T. v. Tandheelkunde 67: 110-129.
2. International Commission on Radiological Units and Measurements (ICRU) (1962): Radiation quantities and units. Report 10 a, 1962, Handbook 84. United States Department of Commerce. National Bureau of Standards.
3. Linden, L. W. J. van der (1968): Gestandaardiseerd ontwikkelen in de tandheelkundige praktijk. Ned. T. v. Tandheelkunde 75: 1-8.
4. Aken, J. van (1965): Groei en grenzen van de tandheelkundige röntgenologie. Ned. T. v. Tandheelkunde 72: 524-535.
5. Commissie tandheelkundige statistiek: Statistisch overzicht van de in huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp aan ziekenfonds-verzekerden over het jaar 1958.
6. Commissie tandheelkundige statistiek: Statistisch overzicht van de in huisbehandeling gegeven tandheelkundige hulp en tandheelkundig specialistische hulp aan ziekenfonds-verzekerden over het jaar 1968.
7. Aken, J. van (1964): Cariësdagnostiek door middel van röntgenfoto's. Ned. T. v. Tandheelkunde 71: 575-592.
8. Aken, J. van (1968): De betekenis van de röntgendiagnostiek voor de behandeling van het melkgebit. Ned. Tandartsenblad 23: 464-469.
9. United Nations Report (1958): Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, General Assembly, official Records, 13th Session, Supplement no. 17 (A/3838) United Nations, New York.

Adres: Prof. J. van Aken,
Jutfaseweg 7,
Utrecht.

PROGRAM VAN EISEN EN WENSELIJKHEDEN VOOR EEN PRAKTIJKGEBOUW VAN EEN TANDARTSENGROEPSPRAKTIJK

A. C. M. VAN DE POEL A. G. DIJMAN
W. J. H. BERENDSEN W. J. VAN LUYN

Ook in Nederland is de laatste tijd het aantal praktijken, waarin door één of meer tandartsen op de een of andere manier wordt samengewerkt, belangrijk gestegen. Gezien de recente in Nederland verschenen publicaties over dit onderwerp (Käyser, 1969; De Vos, 1970) bestaat hiervoor evenals in het buitenland

(J.A.D.A., 1969) een groeiende belangstelling. Sprekend over (al) deze vormen van samenwerking valt nogal eens het woord groepspraktijk. Wat nu precies hieronder moet worden verstaan, daarover bestaat nogal wat spraakverwarring. Een goede definitie is geformuleerd door de werkgroep groepspraktijken van de

Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde. Deze luidt:

„De groepspraktijk is de uitoefening van de tandheelkunde door twee of meer tandartsen als gelijkwaardige deelnemers in een regelmatige samenwerking; zij maken gemeenschappelijk gebruik van de praktijkruimten en de apparatuur; zij hebben de medewerking van gemeenschappelijke hulpkrachten, waarbij een overeenkomst inzake elks aandeel in de gezamenlijke praktijkkosten en -inkomsten. In de groepspraktijk hebben de deelnemers een afzonderlijke voorkeur voor zoveel mogelijk verschillende onderdelen van de tandheelkunde en is er een bereidheid en mogelijkheid tot wederzijdse verwijzing van patiënten, onder waarborg van hun vrije tandartsenkeuze”.

In hoeverre dit alles praktisch wordt gerealiseerd, zal sterk afhangen van de instelling en opvattingen van de partners. Voorwaarde om te slagen blijft natuurlijk dat er een zo goed mogelijk werkklimaat wordt geschapen en daarin spelen de ruimten waarin gewerkt moet worden een bijzonder belangrijke rol. Behalve het onmisbaar zijn van een aantal vertrekken, spelen immers ook hun indeling en onderlinge ligging mee. Er zijn dus een aantal eisen en wenselijkheden, waarmee bij de opzet van een dergelijk praktijkgebouw rekening moet worden gehouden.

De entree – een soort tochtsluis – moet dusdanige afmetingen hebben dat 2 à 3 personen elkaar gemakkelijk gelijktijdig kunnen passeren. Hier de schakelaars van de gang- en buitenverlichting aanbrengen, opdat wanneer men 's avonds als laatste het gebouw verlaat en moet afsluiten, het laatste eind gang niet in het donker hoeft te gaan.

De entree geeft toegang tot de hal.

De hal moet het karakter hebben van een ontvangstruimte, en zo gesitueerd zijn dat van hieruit de entree, de praktijkkamers, de garderobe en de toiletten gemakkelijk kunnen worden overzien. In verband met de loopafstand moet zij zo centraal mogelijk gelegen zijn. Er moet voldoende ruimte zijn voor een balie, c.q. 1 à 2 bureaus voor de hier aanwezige receptioniste en de eventuele administratieve kracht (afb. 1).

Ook wanneer hier iemand te woord wordt gestaan, moet nog voldoende loopruimte overblijven voor de komende en gaande patiënten (verkeerspatroon).

Bij de balie hoort een telefoon-intercom, een antwoordapparaat en elektrische aansluiting (stopcontact



Afb. 1. Voorbeeld van een hal/ontvangstruimte. De balie is hier samengesteld uit allemaal losse bureaueenheden, teneinde maximaal flexibel te zijn.

ten voor schrijf- en telmachine) aanwezig te zijn, en eventueel een aansluiting voor de geluids(oproep)installatie voor het verzorgen van achtergrondmuziek. Gezien de centrale ligging, dient hier tevens een paneel te worden aangebracht, waarop storingsen worden aangegeven zodat bij het uitvallen van bijvoorbeeld de centrale afzuiginstallatie, compressor of verwarming, dit direct wordt opgemerkt daar de balie altijd bezet dient te zijn. Het verdient aanbeveling hier tevens de schakelaars van de afzuiginstallatie en compressor te monteren, waardoor na afloop van de werkzaamheden bij het verlaten van het gebouw alles eenvoudig centraal kan worden uitgeschakeld. In de onmiddellijke omgeving van de balie (lieftst zittend bereikbaar voor de receptioniste) moet voldoende bergruimte (kasten) zijn voor de patiënten- en financiële administratie. Daar de hal ook als kantoorruimte wordt gebruikt, dient aan de tochtwering en de verwarming de nodige aandacht te worden besteed.

Om de hal heen liggen:

De patiëntengarderobe. De grootte hiervan is afhankelijk van het aantal praktijkkamers. Wel dient ook aan de kinderen te worden gedacht; dus enige lage kapstokken aanbrengen.

De wachtkamer. Door alleen maar volgens afspraak te behandelen, kunnen de afmetingen hiervan sterk worden beperkt. Bij bijvoorbeeld een viertal spreekkamers zijn circa 8 zitplaatsen voldoende. Er moet namelijk rekening gehouden worden met eventuele begeleiders van de patiënt of de komst van een heel gezin. Dat aan

de inrichting van de wachtkamer enige zorg moet worden besteed, behoeft nauwelijks betoog. Het spreekt vanzelf dat de patiënt de tijd die hij eventueel nog moet wachten, in een aangename omgeving moet kunnen doorbrengen (afb. 2). In de wachtkamer zou een kinderspeelhoek ingericht kunnen worden; of nog fraaier, een gescheiden speel/wachtruimte voor de kinderen zodat zij een terrein hebben, met eigen speelgoed en meubilair. Op deze wijze storen zij de ouderen niet.

Bovendien kan deze speelhoek eventueel nog als crèche dienen tijdens de behandeling van moeder, waardoor deze, althans tijdens de behandeling, van oppasproblemen is verlost.

De dames- en herentoilet(ten) behoren zodanig te zijn gesitueerd dat zij alleen noodzakelijkerwijze worden gebruikt, en niet bij binnenkomst als een soort vluchthaven dienen. De geluidsisolatie hiervan is zeer belangrijk, bijvoorbeeld met behulp van een sluis.

Om verstoppingen te voorkomen wordt het dames-toilet uitgerust met een sanitair oventje, derhalve moet aan een schoorsteentje voor de afvoer en een stopcontact worden gedacht.

De voorruimte van het damestoilet kan tevens dienen om de make up etc. na de behandeling bij te werken of op te brengen.

Al deze ruimten moeten zo zijn gesitueerd dat zij het verkeerspatroon bij gebruik van de praktijk, niet doorkruisen.

De hulpruimten

De röntgenbox. Om voldoende bescherming tegen de röntgenstraling te kunnen bieden, moet de wanddikte en het materiaal hiervan kunnen worden aangepast aan het vermogen van de gebruikte röntgenapparatuur. Vooral bij veelvuldig gebruik verdient het aanbeveling het bedieningspaneel met de timer van het röntgenapparaat achter een met lood bekleed beschermingswandje te plaatsen. Gebeurt dit niet dan moet de ruimte in ieder geval zo groot zijn, dat tijdens de opnamen de operateur op voldoende afstand ten opzichte van de röntgenbuis kan gaan staan (2 meter achter de uittreedplaats van de röntgenbundel; Van Aken, 1960).

Afhankelijk van de samenstelling van het tandheelkundig team, dient de mogelijkheid aanwezig te zijn om naast een conventioneel tandheelkundig röntgenapparaat een panoramisch opnameapparaat te plaatsen, en indien bijvoorbeeld ook een orthodontist in de groep meewerkt, een cefalostaat voor het maken van gestan-



Afb. 2. De wachtkamer. De inrichting hiervan is zodanig dat de patiënt de tijd die hij eventueel nog moet wachten in een aangename omgeving kan doorbrengen.

daardiseerde schedelopnamen. Naast een wastafel dienen er dus voldoende elektrische aansluitpunten van voldoende vermogen aanwezig te zijn.

De doka. De donkere kamer wordt ingedeeld in een droge zijde (een tafel waarop de films worden uitgepakt en aan de filmontwikkelhangers gedaan, cassettes gevuld etc.) en een natte zijde, waar de ontwikkelunit staat opgesteld en de films verder worden afgewerkt.

Hier moet dus koud en warm stromend water en een afvoer aanwezig zijn, benevens een elektrische aansluiting voor de verwarming van de ontwikkelunit. Het verdient aanbeveling deze unit uit te rusten met een extra tankje voor snelontwikkelaar en de tanks hebben zodanige afmetingen dat ook de grotere filmformaten erin kunnen worden verwerkt. Er moet bovendien nog voldoende ruimte zijn voor het plaatsen van een droogkast.

Het is gewenst de schakelaars van de normale en zogenaamde veilige verlichting te scheiden; die van de veilige verlichting direct naast de deur aan de openstaande zijde, en die van de normale verlichting aan de

andere kant en liefst ook nog op een afwijkende hoogte om vergissingen zoveel mogelijk te voorkomen. Eventueel een waarschuwinglampje voor de doka aanbrengen. De lamp brandt wil zeggen de doka is in gebruik. Het gehele vertrek moet uiteraard volledig lichtdicht zijn, daarom de entree voorzien van een lichtsluis of anders de deur afsluitbaar maken.

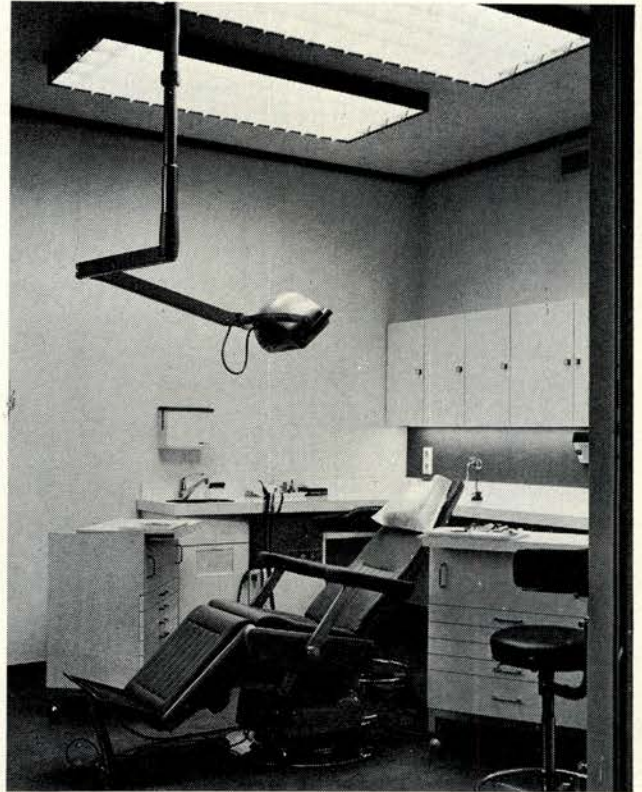
De techniekruimte. De grootte en inrichting en zelfs de situering hiervan, uiteraard liefst in de onmiddellijke nabijheid van de praktijkkamers, is sterk afhankelijk van het feit of men één of meer eigen tandtechnici in dienst heeft of van plan is te nemen. Hoe dan ook, deze ruimte moet in ieder geval geschikt zijn voor eenvoudige techniekwerkzaamheden zoals het inbedden van een wasmodel, het uitgieten van een afdruk, het even bijwerken van een kroon of prothese etc.

Een ruime werkkast. Voor het opbergen van de huishoudelijke apparaten zoals stofzuiger, elektrische vloerschrobber en andere schoonmaakattributen en artikelen. In deze kast een stortbak en een aantal legschappen plaatsen.

De sterilisatie. Hier wordt het gebruikte handinstrumentarium huishoudelijk schoongemaakt, gesteriliseerd en vervolgens weer op de trays teruggelegd. Want bij een dergelijke praktijkopzet is het traysysteem wel de meest voor de hand liggende manier van instrumentenvoorziening. Ook is het verstandig hier de natte en droge zijden zoveel mogelijk gescheiden te houden. De natte zijde bestaat uit een aanrecht met een of twee gootsteenbakjes en (eventueel) een ingebouwde ultra-sonische reiniger. De mogelijkheid om een autoclaaf aan te brengen of een gasaansluiting, moet aanwezig zijn. Want tenslotte is een van de betrouwbaarste en goedkoopste manieren van steriliseren nog steeds die met behulp van een hogedrukpan.

Voor de tray-voorbereiding tenslotte, een werkblad en voldoende kastruimte voor het opbergen van de verbruiksartikelen, de voorraad en de trays die slechts af en toe worden gebruikt. Bovendien dient er ruimte te zijn voor het traywagentje, met behulp waarvan de trays worden gedistribueerd over de diverse behandelkamers. Gezien de aard van de werkzaamheden moet er voor voldoende licht en een goede ventilatie worden gezorgd.

De service-ruimten liggen in de onmiddellijke nabijheid van de behandelkamers.



Afb. 3. Voorbeeld van een praktijkkamer waarvan de inrichting geheel is afgestemd op „zittend werken”. De „aloude unit” en ook het spittoon zijn hier vervallen. Tegen de achterwand een hele rij kastjes waarin o.a. de traydoorgeefkast (grootste deur rechts).

Behandelkamers. Naast de algemene eisen waaraan iedere behandelkamer moet voldoen, zijn er in dit geval nog een aantal extra punten waar aandacht aan moet worden besteed. De kamers behoeven niet erg groot te zijn, wel moeten de verhoudingen van de lengte, de breedte (minimale afmeting 4 x 3 meter) en de hoogte met veel zorg worden bepaald. Daar de administratie elders (in de hal aan de balie) wordt gedaan kan het bekende bureau hier geheel vervallen. Er dient voldoende ruimte te zijn voor een stoel voor een eventuele begeleider van de patiënt. De opstelling en de uitrusting van de praktijkkamers zijn uniform en geschikt voor zittend werken (afb. 3). In verband hiermee en gezien het streven naar beperkte afmetingen van de behandelkamers is het beter geen conventionele unit te nemen daar een dergelijke unit de kamer overvol doet lijken en erg onrustig maakt.

Voor het traysysteem kan een doorgeefkast of luik naar de gang respectievelijk service-ruimten aangebracht worden zodat de gebruikte trays, ook tijdens een

behandeling zonder storen kunnen worden verwisseld of klaargezet (afb. 4).

De behandelkamers dienen zo gesitueerd en ingericht te worden dat men heel gemakkelijk met zo weinig mogelijk lopen en zonder de patiënt te storen, van de ene in de andere kamer kan komen. Dit kan bijvoorbeeld met een doorgang aan het hoofdeinde van de behandelstoel. De tandarts of assistente verschijnt en verdwijnt dan achter de rug van de patiënt, dus buiten zijn blikveld. Op deze wijze kan door één man gelijktijdig van twee kamers gebruik worden gemaakt, hetgeen zeker bij het inschakelen van een mondhygiëniste of een andere hulpkracht in de toekomst noodzakelijk is.

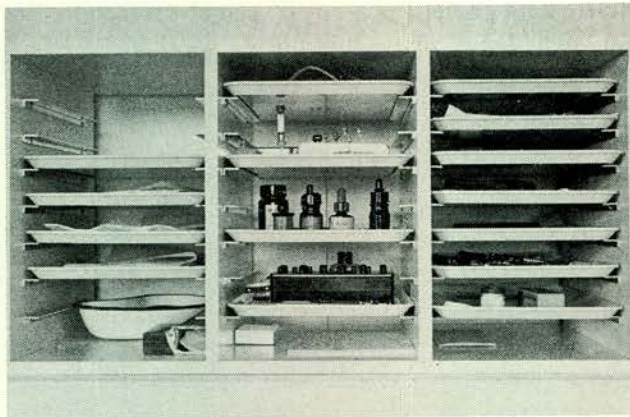
Ook een spoedgeval, een controle of een andere kort durende behandeling kan hierdoor zeer goed tussentijds worden gepland. Bij het wisselen van patiënten behoeft geen tijd meer verloren te gaan, de tandarts gaat naar de 2e behandelkamer waar de nieuwe patiënt al klaar zit. Voor orthodontische behandelingen zal men veelal zelfs graag over meer dan één behandelplaats per kamer willen beschikken en met een vouwmuur tussen twee behandelkamers is dit zeer wel te verwezenlijken. De uiteindelijke inrichting wordt natuurlijk sterk bepaald door het type praktijk.

Daar de routine röntgenfoto's allemaal centraal worden gemaakt, kunnen de röntgenapparaten op de kamers vervallen. Wel is het raadzaam op minimaal één behandelkamer een toestel te plaatsen. Dit is bijvoorbeeld erg handig tijdens wortelkanaalbehandelingen, want dan behoeft de patiënt voor een lengtebepaling niet de stoel uit en vervolgens naar de röntgenbox waar de opname wordt gemaakt.

Het spreekt voor zich dat alle praktijkkamers zijn aangesloten op het centrale afzuigstelsel en de intercom.

Bureau – kantoorruimte: een ruimte waar men even kan relaxen, een persoonlijk onderhoud hebben, een brief kan schrijven, telefonisch wat zaken kan afdoen, iemand ontvangen en eventueel kan vergaderen met het tandheelkundig team. Er dient dus een telefoon- en intercom aansluiting te zijn; verder een bureautje of schrijfbord en een aantal comfortabele zitmogelijkheden.

Garderoberuimten, een voor de mannelijke en een voor de vrouwelijke medewerkers. In beide natuurlijk een wastafel en intercom aansluiting. Vooral de damesgarderobe wat ruimer maken zodat zij zich hier makkelijk kunnen omkleden en even terugtrekken.



Afb. 4. De geopende traydoorgeefkast; duidelijk is hier het verschil in samenstelling van de trays te zien.



Afb. 5. „Poetsinstructie”. De wastafels zijn op een dusdanige hoogte aangebracht dat kinderen vanaf vier jaar er gemakkelijk bij kunnen en goed in de spiegel kunnen zien.

Berging. Een ruimte voor het bewaren van modellen en het archief.

Machinekamer voor het opstellen van de verwarmingsinstallatie, de warmwatervoorziening, de compressor,

de centrale afzuigapparatuur en de eventuele centrale vuilafzuiginstallatie.

De gang tenslotte die al deze ruimten verbindt. Deze moet breed genoeg zijn om er met 2 à 3 personen naast elkaar te kunnen lopen.

Poetsinstructie. Op één van de behandelkamers óf elders in het gebouw (bij de kinderspeelhoek) moeten één of twee wastafels met spiegels erboven op een zodanige hoogte worden aangebracht dat kinderen staande hier goed bij kunnen; volwassenen kunnen er dan zittend gebruik van maken (afb. 5).

Algemeen. Het gebouw zo construeren dat het zonder meer mogelijk is te zijner tijd een tussenwand te verplaatsen of geheel te laten vervallen.

Om eventuele veranderingen later betrekkelijk gemakkelijk te kunnen uitvoeren en bij reparatie niet alles te moeten openbreken kunnen alle leidingen het best onder het plafond of in kokers worden gemonteerd. Men zal dus bij voorkeur een zwevend plafond monteren dat bovendien eenvoudig uitneembaar is.

In de praktijkkamers worden de leidingen, te weten gas, koud/warm water, afvoer, lucht, afzuig, elektriciteit op drie plaatsen ingevoerd, nl. in de vloer (junction box) en in de twee hoeken van de kamer aan het hoofd-einde van de behandelstoel; op deze wijze is men maximaal flexibel ten aanzien van de inrichting van de kamer nu en later. In alle vertrekken, evenals de gang, hal en wachtkamer zorgen voor voldoende aansluitmogelijkheden voor de huishoudelijke apparatuur. Om bij storingen of sluiting in de elektrische apparatuur van een van de werkruimten niet direct in het donker te worden gezet dient men in de eerste plaats de elektrische apparatuur en de verlichting op verschillende groepen onder te brengen en bovendien de elektrische groepen van de wachtkamer, hal en balie weer geheel gescheiden te houden van de overige vertrekken. Hierdoor komt men dus, tenzij het gehele net uitvalt, nooit geheel in het donker te zitten. Bij het vaststellen van de afmetingen moet men zoveel mogelijk uitgaan van handelsafmetingen (van aanrechten, keukenkastjes etc.).

In materiaalkeus en vormgeving zoveel mogelijk streven naar eenvoud teneinde zowel het huishoudelijk als het algemeen onderhoud zo eenvoudig en goedkoop mogelijk te houden. In verband met het behandelen van ouden van dagen (een groeiende groep van de Nederlandse bevolking) en gehandicapten, geen drempels aanbrengen en trappen indien mogelijk vermijden. Het

interieur van het gebouw mag absoluut niet imponeren, integendeel, alle vertrekken moeten een rustige en vriendelijke sfeer ademen. De patiënten moeten er zich prettig in kunnen voelen. Daarom ook veel aandacht besteden aan de geluidsisolatie. De laatste restjes bedrijfsgeluiden zijn heel goed te bestrijden met behulp van achtergrondmuziek, momenteel zelfs al op zogenaamde wetenschappelijke basis samengesteld in de handel (3M Company). Deze geluidsinstallatie kan ook voor het oproepen van personen worden gebruikt.

Bij het inrichten van de balie zal een keuze gemaakt moeten worden tussen een huistelefooninstallatie of een combinatie van telefoon en intercom. Ook bij de intercominstallatie kan men weer kiezen tussen twee systemen: 1. het zogenaamde *stersysteem*. Hierbij heeft men een centrale, waarop alle toestellen zijn aangesloten. Alle gesprekken verlopen via de centrale, men kan elkaar dus *niet* oproepen, dit in tegenstelling met 2. *het netsysteem* waarbij dit wel het geval is. Het is duidelijk dat elk systeem zijn eigen voorzieningen vergt. Over het algemeen zal men goed kunnen volstaan met één telefoonaansluiting met twee of drie toestellen (een zogenaamde twee- resp. drieling) waarvan één toestel op de balie, één op het bureau en één op het technieklaboratorium, tenminste indien dit ook voor andere tandartsen buiten de groepspraktijk werkt, en een intercominstallatie van het stertype met het *centrale toestel* op de balie. De behandelkamers, de wachtkamer, het technieklaboratorium, de sterilisatie, de donkere kamer, de röntgenbox, de damesgarderobe en het bureau zijn door middel van deze installatie met de balie verbonden. Het grote voordeel van dit systeem is dat de tandarts persoonlijk niet telefonisch bereikbaar is, waardoor men hem minder zal storen; bovendien is hij met de intercom toch te consulteren door de receptioniste. De receptioniste zal vrijwel alle telefoontjes zelf kunnen afhandelen en in speciale gevallen waarin dit niet mogelijk is, kan altijd nog worden teruggebeld. Een ander voordeel van de intercom is dat de tandarts tijdens het gesprek gewoon kan blijven doorwerken. Bovendien is het met dit systeem gemakkelijk, een assistente of iemand anders op te roepen wanneer ergens extra hulp vereist is.

Ten slotte moet het praktijkgebouw eenvoudig en goed bereikbaar zijn, en dient er voldoende parkeer-ruimte in de directe omgeving aanwezig te zijn, evenals voor fietsen en brommers. Uiteraard zal het uiteindelijke resultaat afhankelijk zijn van de beschikbare financiële middelen, de vorm en de ligging van het stuk grond dat men tot zijn beschikking heeft en bij de

nieuwbouw zullen de mogelijkheden groter zijn dan bij een reeds bestaand pand. In een dergelijk gebouw kan een tandheelkundig team maximaal functioneren.

Een dergelijk team is samengesteld uit:

1. Een receptioniste (eventueel bijgestaan door een full-time of part-time administratieve kracht).

Zij draagt zorg voor de ontvangst van de patiënten, waarschuwt zonodig de tandartsen, beheert en voert de patiëntenadministratie en bedient de telefoon en de centrale van de intercominstallatie.

2. De stoelassistenten.

Iedere tandarts heeft de beschikking over een stoelassistente met de uitsluitende taak de tandarts aan de stoel te assisteren.

3. Een ambulante assistente.

Deze verzorgt de sterilisatie, de trayvoorbereiding, de voorraadadministratie en zij kan inspringen op die plaatsen, waar kortdurend extra assistentie wordt gevraagd zoals bijvoorbeeld bij een spoedgeval.

4. Mondhygiëniste.

Iedere nieuwe patiënt wordt door de mondhygiëniste opgevangen. Zij maakt twee bitewing-opnamen en verzorgt de mondreiniging en poetsinstructie. Al het elementaire parodontologische werk wordt door haar gedaan.

5. De tandtechnische medewerker(s).

6. Huishoudelijk personeel voor het dagelijks huishoudelijk onderhoud.

7. Niet te vergeten de deelnemende tandartsen.

Met een betrekkelijk klein team kan in een groepspraktijkgebouw, opgezet op een manier die voldoet aan al deze eisen, een maximum aan tandheelkundige hulp worden geboden.

Samenvatting:

Aan de hand van de definitie: „De groepspraktijk is de uitoefening van de tandheelkunde door twee of meer tandartsen als

gelijkwaardige deelnemers in een regelmatige samenwerking; zij maken gemeenschappelijk gebruik van de praktijkruimten en de apparatuur; zij hebben de medewerking van gemeenschappelijke hulpkrachten, waarbij een overeenkomst inzake elks aandeel in de gezamenlijke praktijkkosten en -inkomsten. In de groepspraktijk hebben de deelnemers een afzonderlijke voorkeur voor zoveel mogelijk verschillende onderdelen van de tandheelkunde en is er een bereidheid en mogelijkheid tot wederzijdse verwijzing van patiënten, onder waarborg van hun vrije tandartsenkeuze”, worden achtereenvolgens alle ruimten en de hieraan te stellen eisen zowel qua situering als qua inrichting en uitrusting besproken die nodig zijn voor het optimaal laten functioneren van een dergelijke praktijk.

Tenslotte wordt de samenstelling van het tandheelkundig team, zoals het in een dergelijke opzet kan functioneren, kort belicht.

Summary:

Every room with its requirements necessary for an optimum functioning of such a practice is discussed by the definition: „The group practice is the prosecution of dentistry by two or more dentists as equal partners in regular co-operation; they make a communal use of the practice rooms and the apparatus; they have the co-operation of communal auxiliary personnel, in addition to which an agreement concerning everyone's interests in the total practice expenses and incoming. In the group practice the partners have individual preferences for as many as possible different branches in dentistry and there is willingness and possibility to mutual reference of patients, with the guarantee that they can choose their own dentist.”

Finally the structure of the dental team, as it is able to function in such respect is concisely illustrated.

Literatuur:

1. Aken, J. van (1960): Beschermende maatregelen tegen röntgenstralen in de tandheelkundige praktijk. Ned. Tijdschr. v. Tandheelk. 67: 2, 110-129.
2. Editorial (1969): J. Am. D. Ass. 79: 560.
3. Käyser, A. F. (1969): Praktijkvoering en groepspraktijk. Ned. Tijdschr. v. Tandheelk. 76: 11, 832-840.
4. Voorlopig Rapport van de Werkgroep Groepspraktijken van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
5. Vos, D. de (1960): Efficiency in de tandheelkunde. Ziekenfondsvragen 10, 228.

Kastanjelaan 12,
Nijmegen.