

boven het werkblad willen hebben. Rest dus de zijwand; helaas zijn echter al de normaal verkrijgbare (standaard) wandarmen hiervoor te kort. Zij moeten dan minimaal een bereik van 1.70 m hebben. De afstand zijwand hartlijn behandelstoel bedraagt bij een dergelijke opstelling immers al 1.50 m.

Sinds enige tijd is er van Philips N.V. een nieuwe wandarm (de zgn. eenvoudige arm) op de markt die deze afstand

ruim haalt. De lengte van de arm is namelijk 2 meter (zie afb.). De constructie is betrekkelijk eenvoudig met als prettige bijkomstigheid dat de prijs ervan beneden die van de „oude” (de zgn. draagarm) ligt.

Om beschadigen van de wand en de arm te voorkomen kan ter hoogte van het einde van de horizontale arm een rubber of plastic stootdop op de wand worden aangebracht.

Philips van Leydenlaan 25,
Nijmegen.

BIJZONDERE ONDERWERPEN

HET ONDERWIJS IN DE TANDHEELKUNDE III

Inleiding

In beide vorige artikelen (Ned. T. Tandheelk. 77: 434, dec. 1970 en 78: 22, jan. 1971) werd aandacht gevraagd voor zekere herzieningen in het tandheelkundig onderwijs in de Verenigde Staten. Daarbij bleek dat de gesignaleerde drang naar vernieuwing, waarbij uit de aard der zaak ook het ter beschikking komen van nieuwere onderwijsmethoden (bv. audio-visuele hulpmiddelen) van invloed is, werd gevoed uit verschillende bronnen, die ruwweg als volgt zijn te verdel:

1. de veranderde behoeften van de student;
2. de veranderde behoeften van de patiënt, resp. de gemeenschap.

Hoewel deze facetten tot op zekere hoogte los van elkaar staan, hebben zij gemeen, dat zij beide de noodzaak tot integratie van de studie doen gevoelen.

1. Behoeften van de student

Doel van de studie is de vorming van wetenschappelijk onderlegde tandartsen, die door hun opleiding in staat zijn, nieuwe ontwikkelingen te volgen en in hun handelingen te integreren. Het is echter moeilijk het juiste evenwicht te vinden. Door de ontstellende groei van de kennis in de medisch-biologische basisvakken dreigt een overaanbod van wetenschap, dat alleen van nut is voor de weinigen die zich in één dezer wetenschappen gaan specialiseren. Voor de algemeen-practicus is het echter niet nodig en door zijn veelheid wellicht eerder schadelijk. Dit nog temeer omdat zekere onderwerpen (bv. DNA-RNA) uiteraard de belangstelling hebben van zowel de cyto-histoloog als de geneticus, de biochemicus en de patholoog, om maar enkele basisvakken te noemen. De kans is dus groot – en het komt ook voor – dat diverse docenten in de basisvakken zulke hoofdstukken onafhankelijk van elkaar behandelen, blijkbaar omdat men vooraf niet voldoende overleg heeft gepleegd. Maar dit leidt tot ongewenste overlapping en dus tijdverlies voor de tandheelkundige student, die in een kandidaatsprogramma van 2 jaar tóch al met zijn tijd moet woekeren, gezien ook zijn specifiek-tandheelkundige practica.

Mede daarom wordt door Durocher c.s. voorgesteld, niet langer los van elkaar staande cursussen in de onder-

scheidene basisvakken te geven, maar een bepaald hoofdthema van de zijde van de anatoom, de histoloog, de biochemicus, etc. te laten belichten (zie Ned. T. Tandheelk. 77: 434, dec. 1970). Zo wordt volgens hen het omvangrijke onderwijspakket op de meest compacte, overzichtelijke en dus efficiënte wijze aangeboden. Deze integratie geldt dan met name de kandidaatsstudie, maar zij kan natuurlijk ook worden uitgebreid tot de klinische vakken. Dit hangt samen met:

2. Behoeften van de patiënt resp. de gemeenschap

Om onderwijstechnische redenen is aan de universiteiten altijd onderscheid gemaakt tussen vier grote klinische vakken: conserverende en prothetische tandheelkunde, mondheelkunde en orthodontie. Dit is een vaste traditie geworden. De belangrijkheid van deze vakken wordt geaccentueerd door het feit dat onveranderlijk aan het hoofd een hoogleraar staat. Aarzelend hebben zich in de loop der jaren nieuwere klinische vakken afgesplitst, waarvan in Nederland als eerste voorbeeld de parodontologie geldt. Zij heeft hier nog niet de erkenning gevonden, die de grote vier ten deel viel: het betreft voornamelijk een lectoraat. Eigenlijk weet men er ook altijd nog niet goed weg mee: de parodontologie leunt om zo te zeggen tegen de grote vier aan; iedere afdeling eist er voor zich een stukje van op, hetgeen overigens duidelijk het belang ervan illustreert. Want parodontologie ligt tot op zekere hoogte ten grondslag aan conserverende en prothetische tandheelkunde, maar ook aan orthodontie. Geen wonder: het vak houdt zich nu eenmaal bezig met het fundament van het gebit.

Maar dat accentueert nog de ontoereikendheid van de klassieke indeling in de bovengenoemde klinische categorieën en het is dus zeer de vraag of de patiënt, resp. de gemeenschap er nog langer mee gediend is, althans in de vorm waarin zij thans nog vigeert. De twijfel daaraan groeit nog als men in aanmerking neemt de veranderde opvattingen over hetgeen de patiëntenbehandeling – of liever: patiëntenzorg – feitelijk inhoudt en over wat daarbij voorrang dient te hebben (o.a. preventie). Dan blijkt die indeling in vier hoofdcategorieën + het „bijvak” parodontologie – waardoor de student onwillekeurig ook een onderscheid gaat maken tussen „prothetische”, „conserverende” etc. patiënten – niet langer te voldoen, want in feite heeft iedere patiënt al vroeg conserverende, orthodontische, parodontale en vaak ook prothetische problemen en dus komt de bestaande strakke indeling tijdens de opleiding

niet tegemoet aan de eisen van de praktijk, waar de behandeling integraal is, althans zou behoren te zijn.

Men beseft dit in onderwijskringen tegenwoordig meer en meer en men poogt dit in de opleiding tot uitdrukking te brengen, door de studenten „restauratieve tandheelkunde” te laten beoefenen, waarbij zij zowel conserverende als prothetische aspecten van de gebitsstoestand der patiënten in hun behandelingen te betrekken. Dank zij deze integratie wordt de rehabilitatie van deze toestand beter bevorderd dan het geval zou zijn, wanneer bedoelde patiënten over twee afdelingen verdeeld zouden worden, met behandeling door verschillende studenten. Deze vorm van integratie is natuurlijk ook in het voordeel van de studenten. Dat overigens voor het welslagen van deze aanpak ook een integratie van de staven van beide afdelingen noodzakelijk is, in die zin dat men elkaars behandelmethoden kent en aanvaardt en dat ook bij de indicatiestelling eensgezindheid heerst, zij hier slechts terloops vermeld.

Noodzaak van jeugdzorg

Evenwel, de integratie houdt niet op bij de conserverende en prothetische afdelingen, want van een werkelijk effectieve gebitszorg kan alleen sprake zijn als zij begint op een leeftijd dat cariës nog geen grote verwoestingen heeft aangericht en dat parodontale aandoeningen nog niet zover zijn gevorderd dat specialistische (chirurgische) behandeling onontkoombaar is. Doel van de beoefening der tandheelkunde in de algemene praktijk is immers, dat zij – gezien de ontstellende frequentie der gebitsafwijkingen op het gebied van tandbederf, parodontale afwijkingen en orthodontische anomalieën – tijdig een dam daartegen opwerpt. Het zwaartepunt dient – het kan niet genoeg herhaald worden – meer te worden verschoven naar de gebitszorg van het jonge kind, wiens gezonde resp. gesaneerde melkgebit om voor de hand liggende redenen van het grootste belang is voor het scheppen van gunstige gebitsomstandigheden in de latere levensfasen, alsook voor de algemene gezondheid.

Iedere beoefenaar van de algemene praktijk wordt dagelijks geconfronteerd met patiënten, wier gebitsrehabilitatie nadelig wordt beïnvloed door parodontale resp. orthodontische complicaties, als gevolg van het feit dat men de kansen op eenvoudige correcties in de jeugd ongebruikt voorbij heeft laten gaan en – meer nog – dat men zich om de preventieve mogelijkheden niet heeft bekommerd. Nu echter de profylaxe op de verschillende gebieden, dank zij de vermeerdering van kennis, zoveel meer belooft, is het niet langer aanvaardbaar dat de jonge tandarts de gebitszorg van het kleine kind in al haar facetten nog langer zou verwaarlozen.

Consequenties voor het onderwijs

Dit houdt in dat tijdens de opleiding de nadruk sterk op deze aspecten van de toekomstige beroepsuitoefening zal moeten worden gelegd, dat dus aan alle facetten van de jeugdzorg, inclusief natuurlijk de preventie, de grootst mogelijke aandacht zal dienen te worden besteed. Dit betekent, dat een afdeling *pedodontie*, waar het jonge kind zoveel mogelijk integraal wordt behandeld, van groot be-

lang is, omdat daar én de conserverende, én de orthodontische én de parodontale (voor)zorg a.h.w. moeten ineen-vloeien, met het accent natuurlijk op de profylaxe. Het is – gezien de vaak moeilijke behandelbaarheid van het jonge kind – geen eenvoudige taak, maar zij wordt door de profylactische mogelijkheden (b.v. aanstippen met fluoride bevattende middelen: in het algemeen maatregelen die geen pijn doen) aanzienlijk verlicht. Bovendien kan uit de aard der zaak een niet gering deel van de desbetreffende taken worden overgenomen door vrouwelijke hulpkrachten. Het zal dan ook nodig zijn, deze bij het onderwijs in te schakelen, opdat de toekomstige tandarts tevens leert, van haar diensten een zo goed mogelijk gebruik te maken.

Tegenwoordig onderwijs in de pedodontie

In hoeverre – zo zal men vragen – wordt in het onderwijs aan de Nederlandse universiteiten reeds tegemoetgekomen aan de hierboven geschetste ontwikkelingen? Het antwoord luidt dat de noodzaak wel wordt ingezien, maar dat de organisatie pas langzaam op gang komt, ook al in verband met de gebrekkige ruimtelijke voorzieningen, waaronder alom is – of nog wordt – geleden. Onderwijs in de pedodontie wordt overal in ons land gegeven, maar nog altijd in het kader van onderafdelingen van de afdelingen conserverende tandheelkunde. Het blijft nog teveel bij de louter conserverende behandeling van kleine kinderen en het bestaansrecht wordt te veel ontleend aan het feit dat deze op anatomische en psychologische gronden afwijkt van die van volwassenen. Haar ware plaats heeft de pedodontie hier te lande nog niet gevonden.

Gebitszorg van gehandicapte kinderen

Men moet in verband hiermee ook denken aan de niet geringe categorie van geestelijk gehandicapte kinderen. Deze behoren in tandheelkundig opzicht helaas nog voor het allergrootste deel tot de vergeten groepen. Geheel onbegrijpelijk is dat niet, want de behandeling levert uit de aard der zaak grote problemen op. Maar onbillijk is het wel, want objectief beschouwd hebben deze kinderen juist extra gebitszorg nodig: zij krijgen vaak veel snoepgoed en hun mondhygiëne is daarentegen zeer gebrekkig, zodat hun gebit aan velerlei bedreigingen blootstaat. Dikwijls is de gebitsstoestand van deze kinderen dan ook al gauw zó deplorabel, dat van een wezenlijke rehabilitatie geen sprake meer kan zijn, ook al omdat de behandeling veelal onder algemene anesthesie moet plaatsvinden. Hier is preventie meer dan waar ook noodzakelijk en daarbij kunnen vrouwelijke hulpkrachten vaak bijzonder goed werk doen. Maar de aanstaande tandartsen moeten in de eerste plaats van deze noodzaak doordrongen worden: de tandheelkunde kan niet doorgaan met deze groep aan haar treurig lot over te laten.

Pedodontisch onderwijs in Scandinavië

Het is naar aanleiding van het bovenstaande belangwekkend, na te gaan, hoe de opvattingen inzake het pedodontisch onderwijs elders in de wereld zijn en daarbij gaan de gedachten dan al gauw naar de Scandinavische landen, omdat daar – gelijk bekend – veel aandacht wordt besteed aan de tandheelkundige verzorging van de jeugd.

Het geval wil dat een staflid van de afdeling Conserverende tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam in de afgelopen zomer een studiereis heeft gemaakt naar Scandinavië, waarbij zijn interesse in het bijzonder uitging naar de pedodontie. Het is collega D. Goodman, die zijn opleiding ontving aan de Universiteit van New York. Zijn verslag, waaraan wij het onderstaande ontleen, is gebaseerd op een bezoek aan Noorwegen (Bergen), Zweden (Malmö) en Denemarken (Kopenhagen en Århus).

Pedodontie wordt in Scandinavië algemeen als een bijzonder belangrijk onderdeel van het onderwijsprogramma beschouwd, getuige ook het feit dat 10–15 % van de klinische tijd der studenten erdoor in beslag wordt genomen. In elke tandheelkundige subfaculteit vormt pedodontie dan ook een afzonderlijke afdeling onder leiding van een hoogleraar. Zo wordt b.v. in *Bergen* de beoefening van de pedodontie als de basis van de algemene praktijk beschouwd. Noren, die aan buitenlandse universiteiten zijn opgeleid, moeten na hun terugkeer een cursus van ongeveer 4 maanden volgen alvorens zij bevoegd worden verklaard de praktijk uit te oefenen. Deze cursus bestaat voor het grootste deel uit klinische pedodontische werkzaamheden. Trouwens, in het Noorse curriculum is de voor pedodontie bestemde tijd bepaald op 2 halve dagen gedurende 4 maanden in het vierde studiejaar en nog eens 2 halve dagen in het gehele vijfde studiejaar. Dit komt neer op een totaal van circa 300 uur.

In *Malmö* wordt het onderwijs in de pedodontie geconcentreerd tot 30 volle dagen in de eerste helft van het vijfde studiejaar, d.i. een totaal van 180 uur. Hierin zijn de colleges niet begrepen, wél enkele werkbesprekingen.

In *Kopenhagen* valt het onderwijs in de pedodontie geheel in het vijfde jaar: 32 colleges, 32 werkbesprekingen en 196 klinische uren, deze laatste met inbegrip van demonstraties. Totaal: 260 uur.

Het curriculum in *Århus* is gelijk aan dat van Kopenhagen, zodat de algemene conclusie luidt dat in Scandinavië tussen de 200 en 300 uren van het curriculum zijn gereserveerd voor de pedodontie; voor het merendeel in het vijfde studiejaar.

Aard van het onderwijs

Er zijn geen speciale, op de pedodontie gerichte, practica in de preklinische jaren. Als compensatie daarvoor worden in elk der vier genoemde opleidingsinstellingen gecomprimeerde cursussen gegeven. Deze duren één week, wat neerkomt op een totaal van 20 à 30 uur, en zij gaan aan het klinische onderwijs vooraf. De cursussen dragen een preklinisch karakter: de desbetreffende oefeningen worden uitgevoerd op geëxtraheerde melkelementen of op fantoomkaken met kunsthars modellen van melkelementen. Aldus worden in *Bergen* de volgende verrichtingen gedaan:

- pulpotomie in geëxtraheerde melkelementen (met röntgencontrole);
- caviteitpreparaties, eveneens in natuurlijke elementen;
- verschillende soorten niet-uitneembare space-maintainers;
- stalen banden voor gefractureerde elementen;

- stalen kronen;
- kronen (goud met kunsthars front) voor gefractureerde snijtanden;
- „oral screens” voor het tegengaan van duim- en vingerzuigen.

Dit geldt dus in het bijzonder voor *Bergen*, doch in andere universiteiten wordt een soortgelijk programma onderwezen.

Bij het onderwijs in de pedodontie wordt veel aandacht besteed aan audio-visuele hulpmiddelen zowel als aan werkbesprekingen met discussie. In het eerste geval wordt druk gebruik gemaakt van leermachines: een serie dia's met bijpassende, op de geluidsband vastgelegde, tekst. Deze methode voldoet zeer goed voor de instructie in allerlei verrichtingen, zoals bv. het prepareren van een klasse II-caviteit en het restaureren van het element met amalgaam. De student kan zelf zo'n serie kiezen en de toegepaste methode stap voor stap volgen. De voordelen van dit systeem zijn duidelijk:

- a. zij vergt minder instructietijd van de stafleden;
- b. iedere student kan het onderwerp in het voor hem geschikte tempo volgen en eventueel herhalen.

Tijdens de werkbesprekingen wordt van een student gewoonlijk verlangd dat hij een bepaald onderwerp behandelt ten aanhoren van een groep studenten en een staflid. Dit leidt dan vanzelf tot commentaar en discussie in besloten kring, waarbij het staflid-in-kwestie een zekere mate van leiding geeft, verkeerde denkbeelden corrigeert, etc.

Als voorbeelden kunnen gelden:

1. Een student krijgt de röntgenstatus, studiemodellen en de anamnestiche gegevens van een kind voorgelegd. Aan hem om de diagnose te stellen, een behandelingsplan op te maken en dit te motiveren.
2. Een groep van bv. 14 studenten wordt uitgenodigd om een plan voor de behandeling van kleuters voor te bereiden. Dit dient in de vorm van een rapport te worden aangeboden.

Deze methode van onderwijs biedt ontegenzeggelijk zekere voordelen. Zo blijft in het eerstgenoemde voorbeeld het profijt van de discussie omtrent de details van een bepaald geval niet beperkt tot één student, maar het verruimt tegelijkertijd de inzichten van ongeveer 10 mede-studenten. Als het betrokken staflid elk geval met iedere student zou moeten bespreken, dan zou iedere student maar het tiende deel van de instructie ontvangen, die hij nu opdoet. Het spreekt echter vanzelf dat het aantal deelnemers aan zulk een werkbespreking niet groter mag zijn dan ongeveer 10, omdat anders geen zinvolle discussie meer mogelijk is.

Dit is dus één voordeel. Een tweede is dat de student voortdurend wordt geconfronteerd met werkelijke gevallen uit de praktijk: deze vorm van onderwijs is zowel eenvoudiger als interessanter voor de student. Geregeld worden kleine tentamens afgenomen (b.v. in de vorm van 10–15 multiple choice vragen); dit geschiedt evenwel anoniem, d.w.z. de student hoeft zijn naam niet onder het ingeleverde werk te vermelden. Deze tentamina dienen dan ook hoofdzakelijk om een zekere controle te hebben over de

doeltreffendheid van het onderwijs voor een groep studenten als geheel.

Demonstraties

Om een indruk te geven van wat er also bij het praktische onderwijs in de pedodontie aan de orde komt, wordt hieronder een deel van de klinische demonstraties vermeld, die in het rapport van collega Goodman met betrekking tot Kopenhagen zijn opgesomd. Zij duren 30 minuten tot 1 uur. Een week tevoren worden desbetreffende stencils uitgereikt.

1. Oriëntering betreffende de organisatie van de afdeling.
2. Praktische preventieve maatregelen (borstelen, fluoride-applicatie e.d.).
3. Klasse II-preparatie voor amalgaam in melkmolaar (audio-visueel: zie boven).
4. Klasse II-demonstratie bij patiënt.
5. Aanbrengen van onderlaag en restauratie.
6. Beginselen van de endodontische diagnostiek (college).
7. Technische uitvoering van endodontische therapie in een melkmolaar (audio-visueel).
8. Klinische demonstratie van 7.
9. Preventieve voorzieningen van eerste blijvende molaren.
10. Space maintainer.

Voorts is er nog een achttal demonstraties (audio-visueel en klinisch) o.a. over het aanbrengen van geprefabriceerde stalen kronen en van banden voor gefractureerde incisieven, alsook over de behandeling van kinderen onder plaatselijke, resp. algemene verdoving.

Colleges en werkbesprekingen

Bovendien vermeldt het programma een aanzienlijke serie colleges en werkbesprekingen, o.a. over de volgende onderwerpen:

- voeding en voedingsgewoonten;
- psychologische aspecten van de kinderbehandeling;
- behandeling van oudere kinderen met floride cariës;
- gecompliceerde gevallen: diagnose, behandelingsplan en prognose worden besproken; zo mogelijk wordt de studenten een follow-up over een aantal jaren getoond; aan dit onderdeel wordt relatief veel tijd gependend;
- ontwikkeling van de occlusie tussen 2½ en 7 jaar;
- gevolgen van prematuur verlies van melkelementen;
- gevolgen van trauma;
- doorbraakstoornissen (zoals infrapositie van melkelementen);
- indicatie voor systematische extractie van eerste blijvende molaren;
- plaatselijke en algemene oorzaken van stoornissen in de formatieve fase der elementen;
- prothetische aspecten van de pedodontie;
- behandeling van geestelijk gehandicapte kinderen (2 colleges + audio-visuele demonstratie);
- pediatrie problemen.

Samenstelling van de staf

Gezien dit ambitieuze en veelzijdige programma is een adequate stafbezetting vereist. In Bergen gaat men uit van 6 full-timers, te weten één hoogleraar, 2 wetenschappelijke

hoofdmedewerkers en 3 instructeurs. In de praktijk komt het er evenwel op neer dat niet voldoende full-time stafleden beschikbaar zijn, zodat men op een groter aantal part-timers is aangewezen. Dit is niet zo gunstig, want part-timers blijven dikwijls maar voor een betrekkelijk korte tijd, omdat b.v. hun praktijk teveel beslag op hen gaat leggen. Het feit dat er één staflid is op 6 studenten, houdt in dat de stafleden circa 25 % van hun werktijd aan de begeleiding van de studenten besteden: voor de rest verrichten zij wetenschappelijk onderzoek, behandelen zij patiënten of bereiden zij nieuw onderwijsmateriaal voor. In Malmö en Århus wijkt de situatie niet principieel van die te Bergen af. Ook hier berust de leiding bij een hoogleraar, alleen is de verhouding tussen stafleden en studenten enigszins anders, nl. 1 : 8 resp. 1 : 15. In Kopenhagen, waar het vijfde studiejaar momenteel (1970) 137 studenten telt, heeft de hoogleraar de beschikking over 18 stafleden, waarvan 4 full-timers. Zij worden aangemoedigd zich te „specialiseren” in één van de onderwezen onderwerpen. Zo houden 2 stafleden zich bezig met de studie van de kinderveerpsychologie: één van hen bewerkt een proefschrift hierover. De hoogleraar (Prof. Kisling) is gespecialiseerd in de orthodontie. Andere stafleden hebben zich ontwikkeld tot experts in uiteenlopende onderdelen, zoals endodontie, audio-visuele instructie en het behandelen van kinderen onder algemene anesthesie.

Samenwerking met de afdeling Orthodontie

Uit het bovenstaande is al genoegzaam gebleken, dat bij een dergelijke opzet een harmonische samenwerking met de afdeling Orthodontie van essentieel belang is. De betrekkingen – aldus de rapporteur – zijn in alle vier genoemde universiteiten uitstekend. Voor het grootste deel beperken de afdelingen Pedodontie zich, wat de orthodontische maatregelen betreft, tot preventieve maatregelen, het onderscheppen van ontwikkelingen die verkeerd dreigen te lopen (b.v. correctie van een linguaal doorbrekende bovenincisief) en kleine, gemakkelijk uit de voeren verschuivingen van individuele elementen. Alle andere gevallen, die meestal trouwens ook een langdurige en gecompliceerde behandeling vereisen, worden naar de afdeling Orthodontie verwezen. Omgekeerd wordt deze afdeling ook menigmaal in consult groepen.

Op deze wijze is *Pedodontie* primair verantwoordelijk voor de *totale* gebitszorg van het kind, terwijl *Orthodontie* de verantwoordelijkheid draagt voor:

1. de adviezen die in het kader van de genoemde consulten worden gegeven, en
2. voor de behandeling van kinderen, die naar haar worden verwezen.

Dit is stellig een redelijk systeem. In de eerste plaats zijn er niet voldoende gekwalificeerde orthodontisten om alle kleine orthodontische afwijkingen voor hun rekening te nemen. In de tweede plaats is het wenselijk de student er tijdig van te doordringen dat hij als practicus verantwoordelijk zal zijn voor de totale gebitszorg van het kind, hetgeen iets anders is dan alleen het restaureren van carieuze melkelementen. In de derde plaats zijn vergelijkingen te treffen met andere disciplines: een tandarts zal niet aarze-

len, zelfs een melkelement te extraheren maar voor de behandeling van een kyste zal hij het kind waarschijnlijk toch ook naar een mondheelkundige specialist verwijzen.

Behandeling onder algemene anesthesie

De poliklinieken van alle vier genoemde universiteiten hebben in het kader van de afdelingen Pedodontie voorzieningen voor de behandeling van kinderen onder algemene anesthesie (altijd endotracheaal toegediend halothaan). Deze zijn in principe voor alle gelijk, d.w.z. de behandeling vindt steeds plaats in een speciale operatiekamer van de afdeling, zelfs wanneer soortgelijke faciliteiten in de kliniek voor mondheelkunde bestaan. De behandeling geschiedt steeds door stafleden van de afdeling Pedodontie: de studenten mogen één of twee keer als toeschouwer aanwezig zijn. De meeste patiënten die aldus behandeld worden, hebben psycho-motorische defecten.

Voor deze behandelingen zijn één of twee halve dagen per week gereserveerd; per zitting worden meestal één à twee patiënten verzorgd.

Het grootste probleem hierbij is nog een anesthesist te krijgen.

Specialisatie en postacademisch onderwijs

Pedodontie is officieel nog geen specialisme in Scandinavië in de zin zoals orthodontie en mondheelkunde dat zijn. Toch zijn er factoren die haar in de praktijk tot op zekere hoogte tot een specialisme maken. Behalve de omstandigheid dat aan de universitaire afdelingen aan het hoofd een hoogleraar staat, kunnen als zodanig worden genoemd:

1. In alle Scandinavische landen zijn tandartsen, die hun praktijk geheel beperken tot de behandeling van kinderen.
2. Medewerkers van andere afdelingen beschouwen pedodontie als een specialisme.
3. Alle universitaire afdelingen Pedodontie organiseren postacademisch onderwijs in de vorm van specialistische cursussen.

Zo is men te Bergen in september 1970 begonnen met een postacademische cursus pedodontie van 1½ jaar. Een groot deel hiervan zal worden besteed aan de behandeling van kinderen onder algemene anesthesie. In Kopenhagen is de postacademische vorming van stafleden uitgebreid, zij het niet zeer systematisch. Stafleden wordt aanbevolen, cursussen in basiswetenschappen en statistiek te volgen, opdat zij met goed gevolg research kunnen verrichten. Ook

wordt een cursus van 3 maanden gegeven voor de World Health Organization. Zoals reeds werd opgemerkt houden 2 stafleden zich bezig met de bestudering van de kinderpsychologie. Maar het wordt ook als een noodzaak onderhouden, de stafleden op te voeden in het geven van goed onderwijs.

In Malmö bestaat een post-graduate opleiding van 3 jaar. Meestal specialiseren de stafleden zich. Te Århus zijn diverse stafleden met wetenschappelijk onderzoek bezig.

Schooltandheelkunde en preventie

In de Scandinavische landen wordt grote waarde gehecht aan preventieve maatregelen en aan schooltandheelkunde. Er zijn plannen deze uit te breiden, enerzijds tot de tandheelkundige verzorging van kleuters, anderzijds tot adolescenten, waarbij aan een leeftijdsgrens van 19 jaar wordt gedacht. De Scandinavische studenten in de tandheelkunde beschouwen schooltandverzorging als een aantrekkelijke loopbaan en een vrij groot percentage der afgestudeerden solliciteert elk jaar naar de betrekking van schooltandarts.

Collega Goodman was in de gelegenheid een polikliniek voor schooltandheelkunde in de omgeving van Århus te bezoeken. De kliniek was gevestigd in een schoolgebouw, dat plaats bood aan 900 leerlingen. Er waren 2 tandartsen en 2 assistentes werkzaam. Het bleek mogelijk aan ieder kind optimale gebitszorg te geven, inclusief orthodontische behandeling. Zowel de tandartsen als de assistentes vonden veel bevrediging in dit werk.

Van ieder kind wordt minstens eenmaal per jaar het gebit klinisch en röntgenografisch onderzocht; zonodig worden studiemodellen gemaakt. De mondhygiëne wordt geïnspecteerd door bepaling van de debris-index met disclosing solutions. Kinderen bij wie een hoge debris-index wordt gevonden, krijgen speciale instructie op het gebied van voeding en het juiste gebruik van de tandenborstel. Hiertoe is instructiemateriaal in de vorm van dia's en bandopnamen beschikbaar; bovendien wordt persoonlijke voorlichting gegeven. Dit laatste geschiedt in speciale klassen, totdat de betrokken kinderen blijk geven van voldoende vaardigheid en belangstelling om zelf de mondhygiëne op een aanvaardbaar peil te houden.

V.

Literatuur:

Goodman, D. (1970): Rapport studiereis Scandinavië. Universiteit van Amsterdam. (Niet gepubliceerd.)