

PROFESSOR A. A. D. DERKSEN

In aansluiting op ons bericht inzake de benoeming van collega Derksen tot hoogleraar in de Methodiek van het tandheelkundig onderwijs en in de Gnathologie, kunnen wij er nog het volgende aan toevoegen.

Geboren in 1913 en tot tandarts bevorderd in 1937, vestigde hij zich in Den Haag en was daarbij tevens werkzaam aan de gemeente-ziekenhuizen. In 1949 trad hij als wetenschappelijk hoofdbtenaar toe tot de onderwijsstaf van de prothetische afdeling aan het Tandheelkundig Instituut te Utrecht, alwaar met name de gewrichtsklachten als nieuw veld van onderzoek en therapie zijn bijzondere belangstelling gaande maakten. Aldus werd hij de organisator van de (aanvankelijk) onderafdeling Gnathologie om in 1967 tot lector en hoofd van de zelfstandige afdeling van die naam te worden benoemd.

Dit lectoraat is thans omgezet in een gewoon hoogleraarschap.

Stammende uit een geslacht van wiskundigen ging zijn voorkeur in eerste instantie uit naar een zuiver mechanische benadering van de articulatie en oclusie; in een later stadium hadden de fysiologische en neuro-musculaire aspecten zijn bijzondere aandacht. Omtrent een en ander heeft collega Derksen zijn bevindingen in een reeks publicaties neergelegd. Deze berustten steeds op een omvangrijke kennis van de betreffende literatuur zowel uit het heden als uit het verleden.

Dit is eveneens het geval bij zijn wetenschappelijk en klinisch spoorwerk inzake de gnathologie waarvan de resultaten hun neerslag hebben gevonden in een tweetal

handleidingen met betrekking resp. tot de bouw en functie en de afwijkingen van het kauwstelsel, die ook buiten Utrecht een gunstige ontvangst hebben gevonden.

Ten aanzien van het onderwijs in dit nog nieuwe leer-vak zij vermeld dat dit preklinisch in het derde en klinisch in beide laatste studie jaren is ingebouwd.

Van geheel andere orde is de in het benoemingsbesluit als eerste genoemde opdracht aan Prof. Derksen. Deze omvat geen onderwijstaak maar een los daarvan staande functie als „integrator” van de afzonderlijke onderdelen van de tandartsopleiding tot een harmonieuze eenheid. Dit in de eerste plaats om het onderwijs zo efficiënt mogelijk te doen beantwoorden aan het doel: de wetenschappelijke, therapeutische en technologische vorming van de aanstaande practicus.

Aangezien deze vorming niet berust op een statisch maar veeleer op een dynamisch evenwicht in de overdracht van kennis en kunnen, zo is hierbij een voortdurende bezinning geboden waarbij objectieve toetsing van de vorderingen zoveel mogelijk de subjectieve, persoonlijke beoordeling van de student gaat vervangen.

Om deze nieuwe functie meer in perspectief te kunnen bezien, dient vermeld dat bij de studie der geneeskunde een overeenkomstige functionaris reeds aan twee universiteiten zijn entree heeft gemaakt en wel te Utrecht en Leiden.

Volledigheidshalve dient nog te worden toegevoegd dat een dusdanige coördinatie bij het universitaire onderwijs reeds tijdens en na de jongste wereldoorlog in de Verenigde Staten grote belangstelling en toepassing heeft gevonden.

SOCIALE TANDHEELKUNDE

*Uit de afdeling
Sociale en Preventieve tandheelkunde
van de Universiteit van Amsterdam.
Hoofd: J. Stork, lector.*

SOCIALE TANDHEELKUNDE, EEN TERREIN- VERKENNING

P. J. A. CRIELAERS

Reeds geruime tijd vindt overleg plaats tussen vertegenwoordigers van de 5 tandheelkundige subfaculteiten met speciale belangstelling voor de Sociale Tandheelkunde, om te komen tot een definiëring van het vakgebied en een omschrijving van de taak.

Veelvuldig wordt daarbij gekeken naar de Sociale Geneeskunde en voor velen staat het werkingsveld van deze discipline model voor een afdeling Sociale Tandheelkunde.

Naar mijn mening is dit niet geheel juist. Om dit nader toe te lichten, wil ik in het kort de historische ontwikkeling

van de Sociale Geneeskunde, zoals die geschetst wordt door Baay (1), vermelden.

De term Sociale Geneeskunde werd voor het eerst gebruikt door Guérin in 1848. In deze tijd begon de industrialisatie op gang te komen, hierdoor werd het platteland ontvolkt en vormden zich steden, waar arbeiders vaak bijzonder slecht gehuisvest waren. (Dit proces noemt men urbanisatie.) Dit bracht een hele scala problemen met zich mee, die men samenvatte onder de term „het sociale vraagstuk”. Vanaf dat ogenblik wordt het woord sociaal geassocieerd met hulp aan economisch zwakkere bevolkingsgroepen. Ook in de term Sociale Geneeskunde werd het begrip in bovenstaande zin gehanteerd, en Sociale Geneeskunde omvatte dát deel van de geneeskunde, dat gebaseerd was op de sociale maatregelen en later op de sociale wetgeving.

Naast de Sociale Geneeskunde als overheidsbemoeiing ontstond rond de eeuwwisseling in Nederland de georganiseerde bestrijding van bepaalde ziekten, evenals een systeem van gezondheidszorg voor bepaalde groepen uit de samenleving. Deze vormen van volksgezondheidszorg werden ook ondergebracht bij de Sociale Geneeskunde.

Ongeveer tegelijkertijd echter begon zich een heel nieuw complex wetenschappen te ontwikkelen, zoals sociale psychologie, sociologie en gedragswetenschappen, samengevat onder de term Sociale Wetenschappen. De steeds ingewikkelder wordende verhoudingen in de maatschappij, de grotere behoefte aan planning met het oog op toekomstige voorzieningen, de bevolkingsexplosie en last but not least de economie hebben deze wetenschappen een grote vlucht doen nemen.

Onder invloed van deze vakgebieden heeft het woord sociaal een andere betekenis gekregen. De inhoud komt niet meer overeen met „betrekking hebbend op hulp aan economisch zwakkere groepen in de samenleving”, maar met „betrekking hebbend op het samenleven van mensen in verschillende groepsverbanden”, ook wel instituties genoemd. Een voorbeeld van de kleinste institutie is het gezin, terwijl bijvoorbeeld de volksgezondheid als geheel een grotere institutie representeert.

Zoals in alle moderne wetenschappen valt er ook in de Sociale Wetenschappen een versterkte specialisatie-tendens waar te nemen. Voorbeelden hiervan zijn de medische psychologie en de medische sociologie. Op grond van de bovengeschetste ontwikkelingen is het ontstaan van een gezamenlijk interesse-gebied tussen de Sociale Geneeskunde en de Sociale Wetenschappen niet uitgebleven, hoewel een gezamenlijke interesse nog geen waarborg is voor een vruchtbare samenwerking. Van Zonneveld (2) stelt uitdrukkelijk dat het weinig zinvol is om alleen op grond van het bestaan van een ten dele gemeenschappelijk veld van onderzoek Sociale Geneeskunde en medische sociologie tot één deel-wetenschap als de Medische Sociologie samen te voegen.

In hun artikel „Een afbakening van het veld van de Sociale Geneeskunde” (3) stellen de schrijvers dat een benadering van dit probleem mogelijk is door ervan uit te gaan dat „a. zowel de huisartseneeskunde als de erkende medische specialismen buiten het arbeidsveld van de Sociale Geneeskunde vallen, omdat de inhoud van de Sociale Geneeskunde als vak bepaald wordt door de structuur van de volksgezondheidszorg en door de wijze waarop taken over medische functies verdeeld zijn; en dat b. Sociale Geneeskunde in de zin van specifieke medische deskundigheid tot de geneeskunde behoort, maar dat de sociaal geneeskundige functies uitgeoefend worden in het kader van uiteenlopende organisaties op het terrein van de zorg voor de volksgezondheid. Kenmerkend voor vele van deze organisaties is, dat daarin artsen naast (...) niet-medici werkzaam zijn, en dat de samenwerking van de verschillende disciplines veelal op basis van gelijkwaardigheid plaats heeft.” De conclusie van het artikel luidt aldus: „Samenvattend zouden wij de definitie van Van der Wiele als volgt willen wijzigen: de Sociale Geneeskunde is dat deel van de geneeskunde dat primair betrokken is op de wisselwerking tussen mensen en hun materiële en immateriële milieu voorzover deze wisselwerking relevant is voor hun gezondheid. De Sociale Geneeskunde wordt uitgeoefend door artsen, in organisatorisch verband, veelal in nauwe samenwerking met beoefenaren van andere vakken.”

Dat deze samenwerking niet altijd even makkelijk verloopt, wordt duidelijk gemaakt in het artikel „Problems of collaboration between social scientists and the practising professions” (4).

De schrijvers stellen dat efficiënte communicatie en samenwerking tussen bovengenoemde gebieden belemmerd wordt door een drietal factoren, nl. verschillen in waarden, doelstellingen, ideologieën, taal en technologie, die karakteristiek zijn voor de verschillende beroepen en wetenschapsgebieden; door problemen die te maken hebben met de aard van het milieu waarin de man van de Sociale Wetenschappen geplaatst wordt, evenals zijn positie en status in dat milieu; en tenslotte door problemen die ontstaan door de onduidelijke rol van en het niet overeenkomen in wederzijdse verwachtingen. Zo is op het terrein van de gezondheidszorg bijvoorbeeld de arts getraind om zijn problemen te evalueren in termen van het individuele organisme of delen daarvan, terwijl de man van de Sociale Wetenschappen zijn problemen uitdrukt in termen van interactie tussen organismen. Als een arts denkt over het milieu, aldus de schrijvers, dan vindt hij primair het fysieke milieu belangrijk. Pogingen vanuit de Sociale Wetenschappen om processen van sociale interactie te analyseren, evenals de ontwikkeling van rollen en de systematische relaties daarvan in instituties, benevens het relateren van deze feiten aan ziekte en gezondheid maken op de medisch gevormde beroepsbeoefenaar de indruk van een gebrek aan realiteit en toepasselijkheid. Terwijl de man van de Sociale Wetenschappen de arts ervaart als betreurenswaardig-bekrompen en naïef ten opzichte van de dynamiek in menselijke verhoudingen, ervaart de arts de man van de Sociale Wetenschappen vaak als onwijs en van twijfelachtige vakbekwaamheid, ten gevolge van het geringe biologisch inzicht van de laatste. Het zijn ook de medische beroepen waar de samenwerkingsproblemen ten gevolge van een onjuiste definiëring van de rol en het niet overeenkomen van het wederzijds verwachtingspatroon het grootst zijn.

De schrijvers benadrukken dan ook de noodzaak van telkens terugkerende systematische pogingen van beide zijden om een bruikbare kennis van elkaars werkterrein te ontwikkelen.

Omdat de tandheelkunde als geheel een veel jongere wetenschap is dan de geneeskunde, is het niet verwonderlijk dat ook de ontwikkeling van deelgebieden van de tandheelkunde later plaatsvindt dan bij de geneeskunde.

In de genese van de Sociale Tandheelkunde, waar de meningen over het werkterrein en de doelstellingen van deze tak van wetenschap nog niet vastliggen, heeft bijvoorbeeld de industriële revolutie en de daarmee gepaard gaande urbanisatie als zodanig geen directe rol van betekenis gespeeld. (Wel een indirecte rol. Door de industrialisatie ontstond er een verhoogde welvaart, terwijl de verhoogde welvaart bijvoorbeeld een verhoogde suikerconsumptie met zich mee bracht. Dit had op zijn beurt weer een verhoogde frequentie van tandheelkundige ziektebeelden tot gevolg, zodanig dat tandbederf en parodontopathieën volksziekten geworden zijn.)

Ook waren er rond de eeuwwisseling geen sociale maat-

regelen en/of wetten, die zich uitstrekten tot op het gebied van de tandheelkunde, noch een georganiseerde bestrijding van tandheelkundige ziektebeelden, terwijl tandheelkundige gezondheidszorg voor bepaalde groepen in de samenleving op grote schaal pas dateert vanaf het in praktijk brengen van het N.P.P.-rapport.

Toen de opleiding tot tandarts in 1947 volledig universitair gemaakt werd is de Sociale Tandheelkunde wel opgenomen als examenvak voor het tandartsexamen, met de bepaling dat er onderwijs moest plaatsvinden in de maatschappelijke gevolgen van cariës, de maatschappelijke bestrijding van cariës, de school- en kleutertandverzorging, de tandheelkundige volksopvoeding, de massale cariësprofylaxe, de tandheelkundige ethiek, en de ziekenfondsen (5). Nooit echter is de inhoud van bovengenoemde begrippen nauwkeurig omschreven.

Een andere ontwikkelingsvertragende factor is het feit, dat tandheelkunde nog steeds door het overgrote deel van zijn beoefenaars gezien wordt als een bij uitstek praktisch vak, dat, mede door het tekort aan tandartsen, bijna iedereen aanzet tot het vestigen van een eigen praktijk.

Meer en meer echter begint men ook in Nederland tot de conclusie te komen, dat de tandheelkundige ziektebeelden een dermate grote omvang gekregen hebben, dat deze met louter curatieve gezondheidszorg niet (meer) te bestrijden zijn, terwijl ook het systeem van georganiseerde verzorging van groepen patiënten (behandeling van ziekenfondsverzekerden, kinderen op schoolplichtige leeftijd etc.) niet in staat blijkt aan de vraag naar curatieve verzorging te voldoen (6).

Hoe groot het probleem precies is, moet vastgesteld worden door middel van epidemiologische onderzoeken, die, zij het aarzelend, op gang komen. Over de aard van het probleem is er helemaal niets bekend. In tegenstelling tot de geneeskunde, waar normaliter iedere zieke het verlangen heeft om beter te worden (gemaakt), is over de wensen van de bevolking met betrekking tot tandheelkundige verzorging nagenoeg niets bekend. Tandheelkundige ziektebeelden zijn slechts bij hoge uitzondering levensbedreigend, waardoor bij de uitoefening van dit vak het voornaamste motief van de patiënt, nl. om in leven te blijven, geen rol speelt. Wat dan wel de motieven zijn om tandheelkundige hulp te vragen is grotendeels onbekend.

De schrijvers van „Adult Dental Health in England and Wales” (7) zeggen hierover het volgende: In wezen tonen de resultaten van het onderzoek aan, dat zelfs onder de jongste leeftijdsgroep (16–34 jaar), die het grootste deel van hun leven de gelegenheid gehad hebben om in de National Health Service behandeld te worden, er toch twee verschillende gedragspatronen m.b.t. het bezoek aan de tandarts te constateren zijn. Er is een groep mensen die regelmatig gaat voor controle en een groep, die alleen gaat wanneer ze pijn hebben. Ongetwijfeld treden er veranderingen op in het gedragspatroon van de patiënten, maar wat is de aanmoediging voor het publiek „to change from being dentally unaware to being dentally conscious?”.

Over de motivering van de bevolking en het op grond

daarvan resulterende gedragspatroon valt nog veel meer te zeggen. Ik hoop er een volgende keer op terug te komen, omdat dit te ver voert in het kader van deze publikatie.

De behoefte aan tandheelkundige hulp kan vastgesteld worden door de tandarts. De eventuele vraag naar hulp komt van de patiënt. Duidelijk is ook dat behoefte en vraag elkaar niet dekken. Young en Striffler (8) zeggen hierover het volgende: „De ongelijkheid tussen behoefte en vraag geeft de verschillen weer, die optreden tussen de tandarts en de patiënt, in hun waardering van de ernst van tandheelkundige ziektebeelden, evenals in hun opvatting over tandheelkundige gezondheid. Bovendien zijn de meest ernstige problemen waarmee de tandheelkundige professe geconfronteerd wordt, verbonden met de grote afstand tussen de behoefte aan behandeling en de werkelijke hoeveelheid zorg die door het publiek ontvangen wordt.” Ook maken de schrijvers onderscheid tussen „potentiële vraag” en „werkelijke vraag”. De potentiële vraag wordt gedefinieerd als de niet nader omschreven wens tot tandheelkundige behandeling, terwijl de werkelijke vraag gedefinieerd wordt als de wens tot tandheelkundige behandeling plus de mogelijkheid om tandheelkundige behandeling te verkrijgen. Factoren die de vraag bepalen zijn o.a.: kennis, attitudes, vorige ervaring met tandheelkundige behandeling en beschikbaarheid van tandheelkundige hulp.

Bulman en Slack (9) zeggen in hun boek „Demand and Need for Dental Care” dat de behoefte aan tandheelkundige behandeling in belangrijke mate de vraag naar zulke behandeling overtreft, vervolgens dat de waardering van de mondgezondheid door leken in het algemeen niet in verhouding staat tot de werkelijke situatie, en dat de criteria voor deze „lekendiagnose” essentieel verschillen van die, welke gebruikt werden door de tandarts. Een van hun volgende conclusies luidt, dat de regels voor een gezonde mond bekend waren, maar niet in praktijk gebracht werden.

Tengevolge daarvan wordt een aanzienlijke hoeveelheid tandheelkundige behandeling verspild. Zelfs bij het ter beschikking komen van een zo belangrijke preventieve maatregel als drinkwaterfluoridering, wordt er vanuit het publiek geen enkele aandrang uitgeoefend op de autoriteiten, die over de invoering ervan moeten beslissen. Alleen een kleine groep militante tegenstanders doet van zich horen en is veel actiever tegen, dan de gemiddelde voorstander vóór is.

Er zijn indicaties die er op wijzen, dat het ontbreken van voorlichting en opvoeding in het verleden, hoezeer begrijpelijk ook door overvolle wachtkamers en door ontbreken van dit facet in de opleiding tot tandarts, het gedrag van de patiënten in negatieve zin beïnvloed hebben (10), terwijl mede daardoor de waardering voor een gezond gebit niet of nauwelijks bestaat. Voeg daarbij de negatieve motivering, die ontstaat uit angst voor de behandeling en de financiële consequenties ervan, en het zal duidelijk zijn, dat er iets moet veranderen.

Op dit gebied moet de Sociale Tandheelkunde zich gaan bewegen, als wetenschap enerzijds, als toegepast vak an-

derzijds. Richards (11) zegt hierover: „It (Social Dentistry) is in fact the borderland between social and dental science, and in its field also fall the inter-relationships between society and dentistry in so far as they affect the dental health of individuals and of particular groups in the population, the studies of dental epidemiology, of attitudes to dental health and dental treatment, and of the social organization of dental services.” „... the social aspects of dentistry share fields of study with the social sciences, and facts from each of these disciplines may be needed to reinforce one another.” Hiertoe zullen de sociale wetenschappen evenals de epidemiologie geïncorporeerd moeten worden in de opleiding tot tandarts op even vanzelfsprekende wijze als dat in 1947 gebeurd is met bepaalde medisch-biologische basisvakken. In de Engelstalige landen gebeurt dit ook en de resultaten zijn gunstig. Het is bijvoorbeeld op grond van bovenstaande redenering, dat een individueel ingesteld land als Amerika serieus is gaan denken over verzekerings-systemen, die tandheelkundige hulp mogelijk maken voor grote groepen van de bevolking. Het verschil met Nederland is echter, dat er, alvorens er besloten werd tot instelling van een dergelijk systeem, op uitgebreide schaal aandacht besteed wordt aan bovenbeschreven problemen. Een bekend Amerikaans gezegde luidt: „When there is a serious dental problem, there is a social problem too.” Eveneens op grond van bovenstaande redenering is de tandheelkunde in Engeland niet tevreden met het systeem van de National Health Service.

Daar heeft min of meer van de ene dag op de andere de bevolking als geheel recht gekregen op tandheelkundige behandeling, zonder voorafgaande evaluatie van de grootte en aard van het probleem. Met alle gevolgen voor de curatieve tandheelkundige verzorging van dien. Een gunstige bijkomstigheid van een en ander echter is geweest, dat men veel meer aandacht is gaan besteden aan het onderzoek naar de motivering en het gedragpatroon van patiënten en aan epidemiologisch onderzoek van de tandheelkundige ziektebeelden in de bevolking, terwijl niet alleen gedurende de opleiding tot tandarts aandacht besteed wordt aan Dental Public Health, maar er ook een uitgebreide post-academische opleiding in dit vak gegeven wordt, met de mogelijkheid tot het behalen van een universitaire graad. Als toegepast vak moet de sociale tandheelkunde zich bezighouden met tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, met de planning en praktische uitvoering van preventieve maatregelen op grote schaal, met het verbreiden van up-to-date kennis over het vakgebied, opdat de tandheelkunde naast onbekend niet ook onbemand blijft. Waar gezondheidszorg gepland wordt (Ministeries, Geneeskundige Inspectie, Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten, Schooltandheelkundige Diensten, Militaire Tandheelkundige Diensten, Maatschappij voor Tandheelkunde, etc.) moeten specialisten in de Sociale Tandheelkunde ingeschakeld worden om een adequaat antwoord op de tandheelkundige volksgezondheidsproblemen te vinden. Het alternatief is dat tandheelkunde terugvalt tot het niveau, dat zij rond de eeuwwisseling bezat, dat de moderne verworvenheden op dit gebied voorbehouden zullen blijven aan de happy few, of zoals Councill (12) het stelt: „De professie wordt meer en meer

uitgedaagd iedereen hulp te verlenen, en niet alleen degenen die het kunnen betalen. De tandartsen zouden, nu de praktijk in de tang van de sociale veranderingen verkeert, de uitdaging om deze veranderingen richting te geven moeten accepteren. De geschiedenis wijst uit, dat, wanneer men aan deze veranderingen geen aandacht besteedt, deze, voorzover ze nodig geacht worden, door de autoriteiten afgedwongen worden.” Met een mogelijke volksverzekering voor kosten van de geneeskundige verzorging in het vooruitzicht, kan er niet genoeg de aandacht op gevestigd worden dat tandheelkunde een essentieel onderdeel is van de gezondheidszorg in een geciviliseerde maatschappij. Het is het beschavingsniveau dat enerzijds de tandheelkundige ziektebeelden doet ontstaan en anderzijds de vraag naar hulp bepaalt. Van de andere kant zal de tandheelkunde dan ook in staat moeten zijn de gehele bevolking tandheelkundig gezond te doen zijn.

Dit betekent dat er op grond van epidemiologisch en gedragswetenschappelijk onderzoek een prioriteiten-programma in de curatieve tandheelkunde ontwikkeld moet worden, waarbij hulpkrachten een belangrijke rol zullen spelen en dat afgestemd is op de behoeften van de bevolking, terwijl aan de niet-curatieve tandheelkundige vakken, zoals sociale tandheelkunde en preventieve tandheelkunde méér aandacht besteed zou moeten worden dan tot nu toe het geval is, zowel op de universiteit (in onderwijs en onderzoek) als in de maatschappelijke gezondheidszorg. Blackerby (13) stelt min of meer hetzelfde wanneer hij zegt: „The subjects of social import in the curriculum are now taught inadequately by the dental schools and should be regrouped and integrated under a Department of Social Dentistry with co-ordinating as well as teaching and research objectives and functions . . .”, waaraan Leatherman (14) in zijn artikel „Dentistry and its future” toevoegt: „It is this concept of dental health, based on sound principles of prevention and supported by new courses in social dentistry, which lies behind the question of whether the present system of education is best suited to produce persons, who will practice dentistry as a health service.”

Samenvatting:

Ter nadere oriëntering over het werkkterrein van de Sociale Tandheelkunde wordt een vergelijking gemaakt met de ontstaanswijze van Sociale Geneeskunde in Nederland. Benadrukt wordt, dat de ontwikkeling van Sociale Tandheelkunde moet plaatsvinden vanuit een ander uitgangspunt, enerzijds vanwege het verschil in historische ontwikkeling, anderzijds vanwege het verschil in problematiek.

De behoefte aan epidemiologische gegevens betreffende tandheelkundige ziektebeelden en aan gedragswetenschappelijke gegevens van de bevolking wordt besproken aan de hand van in het buitenland geconstateerde verschillen in (objectieve) behoefte aan en (subjectieve) vraag naar tandheelkundige hulp.

Er wordt gesuggereerd in samenwerking met andere disciplines meer aandacht te besteden aan Sociale Tandheelkunde, zowel in onderwijs en onderzoek, als in de maatschappelijke gezond-

heidszorg, opdat de tandheelkunde haar primaire taak, nl. het gezond doen zijn van de gehele bevolking, in de toekomst op een vollediger wijze zal kunnen vervullen.

Summary:

Title: What's the scope of Social Dentistry?

Social Dentistry is being compared with Social Medicine, as it exists nowadays in the Netherlands. It is argued that the coming into existence of Social Dentistry has a different starting-point, partly because of differences in the historical development, partly because of different items of concern.

The need for epidemiological data with regard to dental disease and for behavioral data from the public is illustrated by means of foreign studies concerning the differences between (objective) need and (subjective) demand for dental care.

It is advocated to pay more attention to Social Dentistry at the university as well as in dental public health, in collaboration with other disciplines. This is the only way to safeguard the dental health of the population in the future.

Literatuur:

1. Baay, J. H. (1967): Sociale Geneeskunde, 3e druk. Wolters, Groningen.
2. Zonneveld, R. J. van (1968): Sociale Geneeskunde; een algemene inleiding. Oosthoek's Uitgeversmaatschappij N.V.
3. Doeleman, F., Zielhuis, R. L. (1969): Een afbakening van het veld van de Sociale Geneeskunde. T. Soc. Geneesk. 47.
4. Cottrell, S., Sheldon, E. B. (1963): Problems of collaboration between social scientists and the practising professions. The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences.
5. Stork, J. (1970): Persoonlijke mededelingen.
6. Nederlandse Vereniging en Centrale Raad voor Sociale Tandheelkunde. Verslag over het jaar 1969.
7. Gray, P. G., Todd, J. E., Slack, G. L., Bulman, J. S. (1970): Adult dental health in England and Wales in 1968. Her Majesty's Stationary Office, London.
8. Young, Wesley O., Striffler, David F. (1965): The dentist, his practice and his community. Saunders Company, Philadelphia, London.
9. Buman, J. S., Richards, N. D., Slack, G. L., Willcocks, A. J. (1968): Demand and need for dental care. Oxford University Press, London.
10. Crielaers, P. J. A. (1971): Dental knowledge, dental attitudes and oral health of Birmingham Dental Hospital patients. Thesis. (Nog niet gepubliceerd.)
11. Richards, N. David (1965): Sociological studies in the field of dentistry. Brit. D. J. 7.
12. Councell, Lee (1968): The intraprofessional image of dentistry. J. of Pub. Health Dent.
13. Blackerby, P. E. (1960): Why not a department of social dentistry? J. D. Education 24.
14. Leatherman, G. H. (1961): Dentistry and its future. Int. Dent. J. Vol. 11, No. 2.

Louwesweg 1,
Amsterdam-Slotervaart.

NEDERLANDSE VERENIGING VAN TANDARTSEN

Verslag Voorjaarsvergadering 1971

Op 23 en 24 april 1971 heeft te Utrecht – in het Jaarbeurs congres- en vergadercentrum aan de Croeselaan – de Voorjaarsvergadering plaatsgevonden van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen.

Naast de gebruikelijke punten vermeldde de agenda van de huishoudelijke vergadering de bestuursverkiezing van de Stichting voor Wetenschappelijk Tandheelkundigen Arbeid. Als opvolger van collega J. E. Meeuwig, die reglementair aftrad, werd collega R. H. Landman, tot nu toe lid van het bestuur, benoemd tot secretaris. In de hierdoor ontstane vacature werd voorzien door de benoeming van collega J. H. N. Pameyer.

Voorts is collega P. Bok, die tengevolge van zijn benoeming als lid van het Hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde zijn functie ter beschikking had gesteld, opgevolgd door collega J. Schoen.

Het nieuwe bestuur van de Stichting W.T.A. is thans als volgt samengesteld:

Prof. Dr. P. A. E. Sillevius Smitt	voorzitter,
R. H. Landman	secretaris,
Dr. A. J. Brongersma	penningmeester,
J. H. N. Pameyer	lid,
J. Schoen	lid.

Voor de periode najaar 1971–voorjaar 1972 heeft het W.T.A.-bestuur een viertal activiteiten op haar programma staan, waarover nadere mededelingen t.z.t. zullen volgen.

Naast de installatie van 42 nieuwe leden, werd Dr. G. J. M. Th. Tonino, lector in de Biochemie van de mondholte aan de rijksuniversiteit te Utrecht, als buitengewoon lid toegelaten.

De wetenschappelijke agenda bevatte onder meer de onderstaande voordrachten:

1. Prof. Dr. H. J. Rehberg (medewerker Farbenfabriken Bayer A.G., Leverkusen): „Die Eigenschaften der Abformmassen auf Silikonbasis”.

Samenvatting:

Es werden zunächst die Forderungen, die aus klinischer Sicht an ein elastomeres Abformmaterial gestellt werden, kurz besprochen. Danach wird die richtige Verarbeitung und Handhabung der Abformmassen anhand werkstoffkundlicher Untersuchungen diskutiert. Es zeigt sich, daß die Einflüsse der Verarbeitung verbunden mit einer guten Kenntnis der Materialeigenschaften wesentlich zum Erfolg beitragen.

2. C. L. Davidson (hoofd afdeling Tandheelkundige Materiaalwetenschappen Universiteit van Amsterdam): „Stomp- en modelmaterialen”.

Samenvatting:

Een reeks verschillende materialen komt in aanmerking voor stomp- of modelmateriaal. Naar samenstelling zijn de materialen onder te verdelen in groepen. Zo kent men materialen op