

DE ZESJARIGE OPLEIDING EEN KWARTEEUW OUD

Wanneer de lezer deze aflevering in handen krijgt, is tandheelkundig Nederland op weg naar een opmerkelijk jubileum: op 4 augustus 1972 zal het 25 jaar geleden zijn, dat de wet „tot wijziging en aanvulling van de Hogeronderwijswet” van kracht werd, volgens welke de studie in de tandheelkunde voortaan een volledig universitair karakter zou dragen en zou worden geïntegreerd binnen de faculteiten der geneeskunde. Een en ander houdt in, dat in principe tevens een kwarteeuw tandheelkundig onderwijs aan de rijksuniversiteit te Groningen kan worden herdacht.

Met de totstandkoming van genoemde wet, die een studieverlenging van twee jaar met zich bracht, was – na jaren van vruchteloos streven – een eind gekomen aan de halfslachtige toestand, die de opleiding tot dan toe had gekenmerkt en die de Nederlandse tandheelkunde in wetenschappelijk opzicht een achterstand van jaren ten aanzien van diverse landen elders in de wereld had bezorgd. De vierjarige opleiding was een wat ongelukkig uitloeiisel geweest van het dualistische karakter van het beroep, waarin het technische aspect van oudsher het sterkst tot de verbeelding had gesproken. Daarop was dan ook in deze, uit de beginjaren der twintigste eeuw stammende, para-universitaire studie het accent komen te vallen. Een onevenredig zwaar accent overigens, maar naar de opvattingen van die tijd wel begrijpelijk.

Immers de bevoegdheden van de tandarts werden geacht niet verder te reiken dan de behandeling van de ziekten van de tanden en het tandvles. Dat laatste hield echter lange jaren – waarin de parodontologie nog in de windse-len lag – nauwelijks iets in. Men nam wel tandsteen af en voor de rest werden tandvlesontstekingen (men sprak toen nog van pyorrhoea alveolaris) in de praktijk voornamelijk bestreden met jodiumtinctuur en waterstofperoxyde. Dat was alles. Blevens dus de tandziekten. Nu, daarbij dacht men in hoofdzaak aan tandbederf. De bestrijdingswijzen: conservatief of radicaal, waren algemeen bekend. En ongeacht of de voorkeur van de behandelende tandarts nu wel naar de tang dan wel naar de boor uitging, beide methoden stempelden het beroep tot een doe-vak bij uitstek. Wijd verbreid was ook de – overigens zeer aanvechtbare – mening dat, wie tandarts wilde worden, per se een „handige knutselaar” moest wezen, anders zag het er met de studieresultaten al van meet af aan slecht uit.

Die eenzijdige visie op het beroep bleef tot ver in de jaren dertig hangen. Zij gold natuurlijk in de eerste plaats de buitenstaanders. Uit die kring echter kwamen tevens de personen, van wie de tandheelkunde, wilde zij ooit verder komen, het moesten hebben: met name vertegenwoordigers van de overheid en van de medische faculteiten. Ook zij beschouwden tandheelkunde helaas nog voornamelijk als een „ambacht”. Zij waren moeilijk te overtuigen dat de voornaamste verrichtingen van de tandarts – „vullingen maken”, al dan niet met „zenuwbehandeling”, „kiezen

trekken” en vervangen door een „kunstgebit”, „scheve tanden reguleren met bandjes en veertjes” – nu wel zo'n spectaculaire medisch-biologische achtergrond hadden, dat men er een volledig universitaire studie aan moest verbinden. In medische kring hadden endodontische behandelingen sinds de dagen van Hunter en Rosenow bovendien nog een onwelriekende reputatie, terwijl speciaal in overheidskringen de mening werd verkondigd, dat een kunstgebit een voorwerp was dat, als het erop aan kwam, evengoed door een technicus kon worden gemaakt. Op dat gebied een medisch-biologische achtergrond te veronderstellen, was toch wel erg ver gezocht: dat argument in de toenmaals onverpoosde strijd tegen de onbevoegden, gold dan ook als een camouflage voor ordinaire broodnijd. Die tandartsen verdienden toch al meer dan genoeg!

En al waren er gelukkig ook verscheidenen, die een beter begrip hadden voor het wezen der tandheelkunde, over het algemeen behoefde men zich over haar „image” een jaar of veertig geleden bepaald geen illusies te maken, noch wat de wetenschappelijke, noch wat de maatschappelijke kant van de zaak betrof.

Deze ietwat negatieve kijk op het beroep en zijn beoefenaren kon men echter de buitenstaander ook weer niet al te zwaar aanrekenen. De tandartsen waren in hun uitzonderingspositie nauwelijks in staat, dit door de jaren vastgelegde beeld in gunstige zin te beïnvloeden. Er waren allerlei samenspannende omstandigheden, die hen belletten, de enge grenzen van hun vakgebied te doorbreken. Vooreerst was hun opleiding uit de aard der zaak gekenmerkt door apartheid. Weliswaar volgden zij colleges (geen practica) in medische basisvakken, maar deze waren in aantal zeer beperkt en zij waren geheel gescheiden van die aan de studenten in de geneeskunde. Langs die weg kwamen dus nagenoeg geen contacten tot stand, zomin trouwens als in het verenigingsleven: ook daar heerste apartheid. Persoonlijk ontmoetten zij de docenten in de geneeskunde hoogstens ter gelegenheid van het eerste, resp. tweede theoretisch-tandheelkundig examen. In een tijd, die toch al niet overliep van hartelijke betrekkingen tussen hoogleraren en studenten, was natuurlijk ook geen plaats voor enige beweging van de zijde van eerstgenoemden ten aanzien van een in de eerste onwennige jaren wat stroef studieverloop: een treffend verschil met de huidige situatie.

Het zou ongemeen boeiend wezen, de beschikking te hebben over de uitkomsten van een sociologische studie betreffende de vraag of indertijd de studenten in de tandheelkunde over het algemeen uit een ander sociaal milieu voortkwamen dan zij, die zich aan één der toen bestaande faculteiten lieten inschrijven. Waar zodanige gegevens niet voorhanden zijn, kan men slechts op globale indrukken afgaan, daarbij puttend uit eigen herinnering. En dan dringt zich onontkoombaar de gedachte op dat het b.v. in de jaren twintig gewoonlijk niet zo was, dat uit een zo geheten intellectueel gezin, waar een universitaire vorming min of meer als een traditie werd gehuldigd, de ene abituriënt geneeskunde, de tweede rechten en de derde tandheelkunde ging studeren. Dat werkte de apartheid van het beroep

uit de aard der zaak in de hand, want het kreeg in zodanige kringen geen bekendheid. De beweegredenen tot het kiezen van de studie waren waarschijnlijk ook anders: manuele creativiteit, gecombineerd met een direct zichtbaar resultaat. Daarnaast golden ook minder ideële motieven, b.v. het feit dat de financiële vooruitzichten, bij een relatief korte studieduur, over het geheel genomen gunstig werden beoordeeld. Nogmaals, dit zijn slechts indrukken uit de jaren tussen 1920 en 1930, toen de economische opgang na de Eerste Wereldoorlog nog ruimte liet voor optimistische toekomstverwachtingen.

Namen aldus de studenten in de tandheelkunde toentertijd een enigszins geïsoleerde positie in (ook het aantal van hen, die lid waren van algemene gezelligheidsverenigingen, was naar verhouding gering), na het behalen van het tandartsdiploma was het isolement van de behandelkamer, waar de tandarts zijn „ambacht” uitoefende, van nature ook al weinig geschikt om zijn horizon te verruimen. Hij beschikte eventueel over de hulp van een assistente, doch haar werkzaamheden waren doorgaans van meer huishoudelijke aard, zodat van een wezenlijk teamverband naar tegenwoordige begrippen niet kon worden gesproken. En ook het in dienst hebben van een eigen technicus – destijds nog een heel gewone zaak – droeg, gezien de toenmalige arbeidsverhoudingen, daartoe ook nog heel weinig bij. De tandarts verrichtte zijn arbeid dus nagenoeg geheel zelfstandig en hij alleen voelde zich verantwoordelijk voor de resultaten ervan. Wellicht ging van die beslotenheid en zelfstandigheid voor velen een grote bekoring uit.

Er dreigden echter ook gevaren. Geconcentreerd als de practicus was op het in alle opzichten begrensde gebied van de tanden en kiezen, die op hun tijd reparatie, orthodontische verplaatsingen of extractie met eventuele vervanging behoeften, en waarbij het medisch-biologische inzicht, waarop diagnostiek en indicatiestelling moesten steunen, maar een zeer smalle basis had, liep hij – de nauwgezetheid van zijn plichtsvervulling ten spijt – al gauw het risico een zekere bewustzijnsvernaauwing op te doen. Vooral wanneer hij van nature, of door uiterlijke omstandigheden, niet de energie kon opbrengen om door literatuurstudie of het bezoeken van wetenschappelijke bijeenkomsten zijn vakkenis te verrijken en zijn inzichten te verlevendigen, kreeg hij licht de habitus van iemand, van wie men met enig recht zegt dat hij oogkleppen voor heeft. In elk geval belette een zodanige geesteshouding de rijping van het inzicht, dat tandheelkundige verzorging wel wat meer inhoudt dan een tamelijk ongecoördineerde behandeling van afzonderlijke tanden en kiezen, ja, dat het werkelijke arbeidsterrein veel meer omvat, nl. het kauwstelsel in al zijn gecompliceerdheid, als wezenlijk onderdeel van het menselijk organisme. Daarbij treedt niet alleen de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het beroep aan het licht, maar ook die tussen de tandheelkunde en de verschillende medische disciplines. Al deze onderlinge verbanden zouden dus ook bij de therapeutische maatregelen voldoende tot hun recht moeten komen.

Maar dat zou een ware omwenteling in de praktijkvoering betekenen. Niet dat de tandheelkunde daardoor haar karakter van „doe-vak” zou verliezen: dat ware ook ondenkbaar bij een beroep met een zo uitgesproken chirurgisch-restauratief karakter. Doch de verrichtingen zouden niet langer zo weinig gecoördineerd en daardoor eenzijdig wezen. Bovendien zouden zij niet meer zo op het eerste plan staan. Vooraf zou immers een grondig onderzoek moeten plaatsvinden, uitgaande van een nauwkeurige waarneming van het kauwstelsel als geheel, tegen de achtergrond van de leeftijd en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt, alsmede van zijn mentale instelling, met een waardeschatting van de vele afwijkingen, waaraan het kauwstelsel bij voortdurende onderhevig is en die op allerlei wijzen het biologische evenwicht in gevaar brengen. Kortom, een diagnostiek in de ruimste zin van het woord, met gebruikmaking van alle beschikbare hulpmiddelen, waarbij het röntgenogram uit de aard van de zaak een belangrijke plaats zou gaan innemen.

Op de aldus verzamelde diagnostische gegevens zou de juiste indicatie moeten worden gesteld en een weldoordacht behandelingsplan moeten worden gebouwd. Pas daarna kwamen de eigenlijke verrichtingen, ter uitvoering van dit plan, aan bod. In plaats van de weinig zinrijke behandeling van afzonderlijke gebitselementen zou datgene komen, wat later in de gnathologie met de term „full mouth rehabilitation” zou worden aangeduid: een algeheel herstel dus van het complexe kauwstelsel, dat op grond van de grote frequentie van uiteenlopende – en toch onderling verband houdende – afwijkingen (cariës, parodontale aandoeningen, orthodontische anomalieën, overmatige afslijtingen, mutilaties door ontijdige extractie en mogelijk daaruit voortvloeiende stoornissen in de functie van kauwspieren en kaakgewricht) vaak therapeutische methoden van zeer verschillende aard behoeft.

Voegt men dan daar nog bij de allengs gegroeide, zeer belangrijke taken op het gebied van de preventie, dan ontstaat een geheel andere conceptie van de beoefening der tandheelkunde. Welk een verruiming van bemoeiingen en verantwoordelijkheden. Maar ook: welk een verruiming van de mogelijkheden tot een zinvolle uitoefening van het beroep van tandarts, die – naar later zou blijken – steeds meer arbeid in teamverband zou gaan eisen.

Doch dat alles was nog geheel toekomstmuziek. Eerst moest de studie aan de veranderende conceptie worden aangepast. Want die vereiste, gezien de evolutie die zich inmiddels reeds voltrokken had, een heel wat bredere medisch-biologische basis, opdat de bevoegdheden van de tandarts de gewenste uitbreiding konden ondergaan. Die strijd heeft vele jaren geduurd: men leze er oude jaargangen van het Tijdschrift nog maar eens op na. Men kan op die langzame voortgang achteraf kritiek uitoefenen, maar die is dan wel wat goedkoop. Immers, het groeien van inzichten en de verbreiding daarvan in een brede laag van belanghebbenden, is een traag verlopend proces. De economische depressie van de jaren dertig zal stellig ook van invloed zijn geweest: men had toen klemmender zorgen. En – zoals gezegd – zelfs in eigen kring was men er

in het eerste decennium na de Eerste Wereldoorlog nog niet algemeen aan toe, zomin als aan andere vernieuwingen, die wij heden als de gewoonste zaak van de wereld beschouwen.

Dat de inzichten overigens wel, zij het langzaam, groeien, blijkt uit het stijgende aantal collega's dat in latere jaren, hetzij in het onderwijs, hetzij door hun wijze van praktijkvoering, een prominente plaats zou innemen. Want gezegd moet worden dat de oude opleiding een aantal voortreffelijke tandartsen heeft opgeleverd. Verschillenden van hen hebben zich op de een of andere wijze, b.v. door verdere studie aan een buitenlandse universiteit, bijgeschoold. Maar op het totale aantal tandartsen maakte dat niet voldoende uit om op de oude voet verder te gaan. Er moest vernieuwing in het onderwijs komen. Het waren – als steeds – slechts weinigen die dat met de nodige scherpte zagen en bovendien voor hun overtuiging wensten te vechten. En het is aan het doorzettingsvermogen van die kleine groep van pioniers te danken, dat de wet van 4 augustus 1947, tegen alle weerstanden in, van kracht werd.

Na 25 jaar is er natuurlijk wel reden, de vraag te stellen of de gewijzigde studievorm gebracht heeft, wat men er indertijd van hoopte, zowel in wetenschappelijk als in maatschappelijk opzicht. Wat het wetenschappelijk aspect betreft, daaromtrent bestaat in velerlei opzichten reden tot voldoening. De integratie binnen de medische faculteiten is op verheugende wijze tot ontwikkeling gekomen. Het aantal opleidingsinstellingen is tot vijf gestegen. Het aantal docenten en wetenschappelijke medewerkers heeft daar niet alleen gelijke tred mee gehouden: het is met de steeds verdergaande differentiatie van het onderwijs nog sterker gegroeid. Nieuwe afdelingen zijn geschapen en tot bloei gebracht: men denke slechts aan die der parodontologie, röntgendiagnostiek, gnathologie, sociale en preventieve tandheelkunde. Maar ook in bestaande afdelingen voltrekt zich langzamerhand een zekere omwenteling. Er is een tendens tot samengaan van de afdelingen prothetische en conserverende tandheelkunde, voor zover het restauratieve behandelingen betreft. Ook is met het toenemen der biologische inzichten de endodontie een steeds belangrijker plaats gaan innemen. Begrijpelijk, sinds men zich meer dan ooit bewust is geworden dat het gedrag van het pulpaweefsel in hoge mate bepalend is voor het wel-slagen van welke restauratieve behandeling ook. Een en ander heeft ertoe geleid dat het corps van hoogleraren, lectoren en wetenschappelijke staven thans een indrukwekkende omvang heeft bereikt. Vele wetenschappelijke publikaties, o.a. in de vorm van proefschriften, hebben het licht gezien. Het Tijdschrift heeft van al die wetenschappelijke activiteiten een getrouwe afspiegeling gegeven.

Wat echter de maatschappelijke kant betreft: dat houdt de beantwoording in van de wat netelige vraag, wat het rendement voor de gemeenschap is. In de eerste plaats onttrekt zich dat probleem aan een objectieve beoordeling: het rendement is nu eenmaal moeilijk te meten en dus moet men zich ook hier met impressies behelpen. Maar men ontkomt niet aan de indruk dat de maatschappelijke

winst geenszins zo groot is als men aanvankelijk wel had gehoopt. Een misrekening dus? Tot op zekere hoogte wel, maar het zou kortzichtig wezen, daar iemand een verwijt van te maken. Want geen der betrokkenen kon in 1947 de maatschappelijke toestanden van 1972 voorzien en de oorzaken van het verschijnsel zijn zó samengesteld, dat een analyse daarvan het bestek van dit artikel verre te buiten zou gaan.

Men kan – voor de zoveelste maal – slechts wijzen op de ongelukkige coincidentie dat enerzijds de voornaamste tandziekten (vooral cariës en parodontale aandoeningen) door de huidige leef- en voedingsgewoonten meer en meer het karakter zijn gaan dragen van permanente epidemieën, die nagenoeg de gehele bevolking treffen, en dat anderzijds de daardoor geschapen noodzaak tot dikwijls uitgebreide restauratieve maatregelen onvermijdelijk samen-gaat met het spenderen van veel tijd en geld. De verrijking en verfijning van de diagnostische therapeutische hulpmiddelen doen voorshands die kosten alleen maar stijgen. Een reden temeer om alle krachten te bundelen tot de bevordering van de preventie. Want die kost in ons beroep maar heel weinig en zij ligt binnen bereik! V.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ORTHODONTISCHE STUDIE

Dr. J. A. W. van Loon-prijs

Dr. J. A. W. van Loon, lector in de orthodontie tot 1940, was voor zijn tijdgenoten een begrip. Zijn *Cubus Craniophorus*, ter bepaling van de onderlinge relatie van allerlei punten, zijn later gepubliceerde *Prosoposcoop* – in onze ogen een wat primitief aandoend apparaatje bedoeld om cefalometrische punten op het model over te brengen – en zijn keuze voor de Frankforter Horizontale, waren alle voor die tijd nieuwe ideeën. Ze zijn enige jaren later op de achtergrond gedrongen door de röntgenschedelprofielfoto.

De persoonlijke getuigenis sterft uit, daarom heeft de Nederlandsche Vereniging voor Orthodontische Studie, op initiatief van collega Smeets, enkele jaren geleden een prijs ingesteld, die zijn naam in ere houdt. Om de twee jaar worden de beste orthodontische publikaties daarmee beloond.