

De groeiende populariteit van kauwgomgebruik blijkt trouwens uit omzettingen: in 1962 werd in de Bondsrepubliek Duitsland nog voor 48 miljoen DM aan kauwgom verbruikt; geleidelijk is dit bedrag tot 150 miljoen DM (in 1970) gestegen. Hetzelfde verschijnsel deed zich in de V.S. voor: daar steeg de omzet van 150 miljoen dollar kort na de Tweede Wereldoorlog tot 300 miljoen dollar in 1967.

Van een doelmatig samengesteld kauwgom, dat aan de eisen van het hedendaagse cariësonderzoek tegemoetkomt, verwacht de auteur veel.

Visser – Hilversum

333. Distortion in the pantomogram due to object movement.

K. A. Samfors, U. Welander. Svensk Tandl. Tidskr. 65: 211, 1972.

In tegenstelling tot de conventionele manier van röntgenfoto's maken waarbij een beweging tijdens de opname resulteert in een onscherpe weergave van het gehele beeld, wordt bij de panoramische opname slechts een beperkt gebied vertekend weergegeven. De vertekening is afhankelijk van de richting waarin de beweging wordt uitgevoerd, van de afstand waarover en van de tijd gedurende welke zij plaatsvindt. Bij de panoramische opnametechnieken wordt immers de foto beeldje voor beeldje opgebouwd. Aan de hand van een schema worden de diverse mogelijkheden verduidelijkt. Tot slot wordt het besprokene met een aantal orthopantomogram-opnamen geïllustreerd.

Van de Poel – Nijmegen

334. A device for precise roentgenographic localization.
B. Nenzen. Svensk Tandl. Tidskr. 65: 217, 1972.

Het lokaliseren van kleine corpora aliena en wortelrestjes in de kaak is bij ontbreken van referentiepunten vrijwel onmogelijk. In dit artikel wordt een apparaat beschreven met behulp waarvan het mogelijk is door middel van twee opnamen, gemaakt met verschillende instelhoeken, een object te lokaliseren. Het apparaat is namelijk voorzien van een drietal metalen oriëntatiepunten, die duidelijk worden weergegeven en bovendien in de mucosa een duidelijke impressie achterlaten, hetgeen voor het plaatsbepalen tijdens de behandeling van veel belang is.

Van de Poel – Nijmegen

335. Unusual radiopacities.

H. I. Calman, M. Eisenberg, J. E. Grodjesk e.a. D. Radiography and Photography 45: 10, 1972.

Röntgenstralen gaan door de weefsels heen en kunnen zo het onzichtbare waarneembaar maken. Om met behulp van röntgenfoto's een juiste diagnose te kunnen stellen moet men beschikken over ervaring, kennis van het gebied en bedenken, dat de foto slechts een tweedimensionale weergave is. Bij het bepalen van de juiste plaats van het object moet bovendien veelal meer dan één röntgenfoto worden vervaardigd. In dit artikel wordt aan de hand van een 13-tal fraai gereproduceerde röntgenopnamen meer en minder frequent in de algemene praktijk voorkomende „ophelderingen” op röntgenfoto's besproken. De beelden variëren van een schot hagel, paperclips, achtergebleven afdrupkasta tot minder bekende anatomische beelden.

Van de Poel – Nijmegen

REDACTIONELE COMMENTAAR

**MAATSCHAPPELIJKE ASPECTEN VAN DE
TEGENWOORDIGE OPLEIDING**

In een vorige aflevering van het Tijdschrift (cf. 79: 301–303, juli 1972) werd ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de zesjarige opleiding geschetst, hoezeer de herziene studie van belang is geweest voor de *wetenschappelijke* ontwikkeling van het beroep, dat daardoor gaandeweg voorgoed uit zijn „ambachtelijke” sfeer werd opgeheven. Over het *maatschappelijke* rendement werd maar niet al te veel in het midden gebracht, want dat betreft – gelijk werd opgemerkt – een enigszins netelig vraagstuk. Immers waartoe wordt de student in wezen opgeleid? Toch zeker in eerste instantie om zoveel en zo goed mogelijk in de tandheelkundige behoeften van de gemeenschap te kunnen voorzien. Welnu, zo beschouwd heeft de gemeenschap

van die studievernieuwing bepaald geen opzienbarend profijt gehad.

Daar is in de eerste plaats het onverminderd nijpende tekort aan tandartsen in Nederland. Hadden de autoriteiten in 1947 geweten dat een kwarteeuw later tandheelkunde hier te lande aan maar liefst vijf universiteiten zou worden onderwezen, zij zouden zich wellicht hoofdschuddend hebben afgevraagd, waar op den duur het werk voor de te verwachten stroom van afgestudeerden vandaan moest komen. In 1972 is echter de feitelijke situatie in omgekeerde zin verontrustend. Soms neemt hij zelfs groteske vormen aan. Zo doet het verhaal de ronde dat enkele maanden geleden een jong tandarts, zó van de universiteit, zich vestigde in een stadje in Noord-Holland. In zijn onschuld en volgens goed gebruik deed hij daarvan mededeling per annonce in de plaatselijke pers. De gevolgen waren letterlijk onafzienbaar: de aankondiging werd de eerste de beste dag gehonoreerd met de aanmelding van... ruim 1.300 hulpzoekenden, zodat de politie er aan te pas moest

komen om deze massale aanhankelijkheidsbetoging in ordelijke banen te leiden. Het verhaal is overigens bittere ernst. Laat het gedurende zijn omloop wat zijn aangedikt: ook al waren het er „maar” honderd geweest, dan zou het tekort aan mankracht nóg in een schril daglicht zijn gesteld.

Zulke anecdotische onthullingen mogen voor het ogenblik wel komisch aandoen, zij laten niettemin een gevoel van wrevel, zoniet schaamte, achter. De wrevel is in eerste instantie het deel van de leek, die weliswaar niet kan oordelen over de achtergronden van het beroep, maar die begrijpelijkerwijs beducht is voor een onverantwoorde besteding van ook zijn belastinggelden, en die zich verontwaardigt afvraagt hoe het komt dat de hoge bedragen, die met de instelling en de instandhouding van vijf universiteitsinstituten zijn gemoeid, zo beschamend weinig maatschappelijk profijt hebben opgeleverd. Hij mag toch aannemen, dat de tandarts van heden meer in zijn mars heeft dan zijn beroepsgeenoot van vroeger jaren, niet alleen vanwege zijn meer wetenschappelijke opleiding, maar ook wegens de meer algemene technische vooruitgang. Door zowel het een als het ander beschikt hij over een veel groter arsenaal van hulpmiddelen dan in de dagen van weleer. Bovendien stellen de sterk veranderde praktijkinrichtingen en een efficiënter gebruik van hulpkrachten hem in principe in staat om met minder inspanning meer en beter werk te verrichten.

De leek – en natuurlijk in de eerste plaats hij, die b.v. als nieuw-aangekomene in een stad voor zich en zijn gezin tevergeefs een tandheelkundig onderkomen zoekt – is uit de aard der zaak geneigd de tandheelkundige wereld in gebreke te stellen. Toch zou het volkomen onjuist zijn, de initiatiefnemers van de zesjarige opleiding of de huidige tandartsen de schuld van deze voorhands nog ongunstige maatschappelijke consequenties in de schoenen te schuiven. Indien men al van schuld zou mogen spreken, dan kon wel eens blijken dat deze in de eerste plaats de gemeenschap zelve treft. Want ondanks de steeds intensiever wordende voorlichting doet de grote massa der bevolking – ongeacht rang en stand – nog altijd alles om het aantal gebitsaandoeningen op te drijven. En waar bij een tot nu toe sterk groeiende bevolking de restauratieve verzorging – ook weer begrijpelijk maar daarom nog niet efficiënt – is ingepast in een bestaand stelsel van sociale voorzieningen, zal het duidelijk zijn dat de vraag naar tandheelkundige hulp overstelpend is en in de naaste toekomst ook zal blijven. Daar kan een verhoogde toevoer van tandartsen in wezen niet veel aan doen, waarbij men bovendien nog in aanmerking dient te nemen, dat de opleidingsinstituten – vooral in de eerste jaren van hun bestaan – een grote aantrekkingskracht uitoefenen op vooral jonge afgestudeerden, die dan tot de wetenschappelijke staven toetreden.

Het knelpunt is nl. vooral gelegen in het feit dat – in afwijking tot wat in het algemeen in de geneeskunde geldt – de belangrijkste gebitsziekten door de ongunstige voedingsgewoonten in de loop der jaren het karakter zijn gaan dra-

gen van *permanente epidemieën*. Leken vergeten wel eens dat dit niet alleen geldt voor cariës (die spreekt nu eenmaal meer tot de verbeelding), maar ook voor de daarmee in etiologisch opzicht verband houdende parodontopathieën, die begonnen als schijnbaar onschuldige marginale tandvleesontstekingen, het gebit langzaam en sluipend (want geen pijn veroorzakend en dientengevolge in het algemeen onderschat) in zijn fundamenten aantasten. Bovendien zijn er dan nog de talloze „lichte” orthodontische anomalieën die zowel cariës als parodontale aandoeningen bevorderen. Het betreft hier een triade van afwijkingen die nagenoeg de gehele bevolking treffen en die voor het merendeel therapeutisch alleen met tijdrovende voorzieningen op basis van technische verrichtingen te bestrijden zijn.

Voegt men daar nog bij de zeer frequent voorkomende mondheelkundige complicatie van de verkeerd doorbrekende derde molaar (vooral in de onderkaak), de veelvuldig aanwezige ontwikkelingsstoornissen (b.v. in de vorm van hypoplasieën of van overtallige elementen) en ten slotte de op latere leeftijd zich – haast altijd in ongunstige zin – manifesterende gevolgen van mechanische slijtage en al wat daarmee samenhangt, dan heeft men althans een beperkte indruk van de problemen, waarmee degene moet worstelen, die het welzijn van het kauwstelsel onder zijn hoede heeft.

Beperkt, omdat in deze opsomming nog niet eens rekening werd gehouden met de gevolgen van gebitsmutilatie voor kauwspieren en kaakgewricht, door de vele extracties die vooral door cariës al op jeugdige leeftijd noodzakelijk zijn gebleken. Bovendien is in het bovenstaande stilzwijgend alleen nog maar het blijvende gebit in ogenschouwing genomen, terwijl het aangetaste melkgebit de kiemen in zich bergt van veel tandheelkundige complicaties op latere leeftijd. En van de prothetische moeilijkheden van de vele tandeloze patiënten (circa 25% van de Nederlandse bevolking) werd geheel gezwegen.

Het moge uit het bovenstaande duidelijk zijn dat de veelheid van afwijkingen die het gebit vrijwel voortdurend bedreigen en de veelvuldigheid waarin zij dientengevolge voorkomen, bijzondere eisen aan de therapie stellen. Het is bij verreweg de meeste gebitten niet langer een kwestie van enkele vullingen aanbrengen of desnoods hier en daar een kroon resp. een brug en dan verder maar de ogen sluiten voor andere onvolkomenheden. De tegenwoordige restauratieve therapie is meer dan ooit te voren gericht op reconstructie of rehabilitatie van het gebit en dat wil zeggen het rekening houden met alle onvolkomenheden. Te recht, want wat zou het de patiënt ten slotte baten wanneer de tandarts de door cariës teweeggebrachte weefselverwoesting definitief zou gaan restaureren, zonder eerst het parodontium in een zodanige staat te hebben gebracht dat van die zijde geen gevaren meer dreigen. En daaraan laatste is dikwijls weer niet goed mogelijk zonder orthodontische voorzieningen, want hoe wil men een parodontium optimaal verzorgen in een gebit, waarvan de interdentale papillen door gedrongen stand sterk in de verdrukking komen?

Verder moet de patiënt dringend geïnstrueerd worden ten aanzien van zijn zelfverzorging, want wat kan mer

van zijn therapeutische bemoeiingen verwachten als de patiënt daarin tekort schiet? Zo zijn er verschillende prioriteiten te noemen: het een grijpt in het ander.

Dat dit alles de noodzaak van een volstrekt planmatig handelen met zich meebrengt, omdat de verschillende tandheelkundige disciplines a.h.w. om de voorrang strijden, behoeft in het licht van het bovenstaande geen nader beoog. In de loop der jaren is de gehele conceptie van wat onder een goede uitoefening van de praktijk moet worden verstaan, grondig veranderd. De opleiding heeft met de gewijzigde inzichten gelijke tred gehouden. Dat ervaart iedere tandarts – en uit de aard der zaak vooral de oudere – die na een aantal jaren praktijk zijn werkterrein naar de universiteit verlegd ziet. Want terecht is de gehele studie erop gericht, de aanstaande tandarts bij te brengen, dat hij bij de behandeling van zijn patiënten alle aspecten van het kauworgaan in zijn zorgen betreft. Door de meer geavanceerde opleiding heeft hij m.a.w. het enge gebied van tanden en tandvlees, waartoe indertijd zijn bemoeiingsfeer wettelijk was beperkt, doorbroken. Dank zij de wetswijzigingen van 1947 heeft hij thans het kauwstelsel als geheel onder zijn hoede en in zekere zin is hij daarmee orgaanspecialist geworden, die de gelijkbetroefde partner is van hen, die een medisch specialisme beoefenen, dit alles ten bate van de patiënt.

Het planmatige handelen, waarvan in het voorgaande reeds sprake was, vergt in de eerste plaats een uitgebreid vooronderzoek met volledige röntgenstatus, hygiënische maatregelen, evaluatie van eventueel vroeger reeds aangebrachte (gewoonlijk vele en dikwijls helaas ontoereikende) restauraties. Veelal zal verwijzing naar de specialist mondheelkunde (b.v. voor een geïmpacteerd M_3 inf.) of naar de orthodontist zijn geïndiceerd. Niet zelden is de uitkomst van dit onderzoek, dat de toestand van het gebit door de boven opgesomde afwijkingen, eventueel aangevuld met de gevolgen van gebrekkige restauraties of van onachtzaam uitgevoerde endodontische behandelingen, soms al op jeugdige leeftijd zó bedenkelijk, dat met rehabilitatie tot een redelijk te achten peil – en derhalve onder gebruikmaking van de thans vereiste doeltreffende methoden en materialen – een geruime tijd gemoeid zal zijn.

Daar komt dan nog een belangrijke factor bij: de duurzaamheid van ook de beste wijze van reconstructie kan niet voor een reeks van jaren worden gewaarborgd. Immers het gedrag van de levende tandweefsels is onvoorspelbaar: een parodontale ontsteking kan altijd recidiveren en voortschrijden, hetzij door plaatselijke prikkels, hetzij door interne invloeden; een pulpa, welke vitaliteit men bij een preparatie zorgvuldig had ontzien, kan vroeger of later alsnog tot necrose vervallen, met alle gevolgen van dien. Want de consequentie is gewoonlijk een chronisch peri-apicaal proces en dat is een wankele basis voor het behoud van een element, dat wellicht juist als brugpijler dienst moest doen.

De post „onvoorzien” vervult dus bij restauratieve therapieën een belangrijke rol. Maar dat doet alleen maar een

hogere aanslag op de beschikbare tijd, om van de extra kosten nog maar niet te spreken. Doch zelfs als er met betrekking tot tandheelkundige behandeling geen financiële problemen bestonden, dan kosten zij in het algemeen zóveel tijd, dat maar een zeer beperkt percentage der gegadigden zou kunnen worden voorzien. De gebitstoestand laat immers reeds op jeugdige leeftijd vaak zóveel te wensen, dat de tandarts, die de praktijk wenst uit te oefenen zoals hem aan de universiteit is onderwezen, alleen daarom maar een relatief gering aantal patiënten onder zijn hoede kan hebben. Hij moet dus wel selecteren, maar deze selectie is tamelijk willekeurig en zij bevredigt het rechtsgevoel stellig niet.

Trouwens, ook aan de universiteit past men in het algemeen selectie toe. Doch daar heeft men altijd een verantwoord argument ter beschikking: de student is nog geheel onervaren en moet dus in zijn klinische jaren de tandheelkunde om zo te zeggen onbevoegd – zij het onder toezicht – uitoefenen. Hij kan dus vooral in het begin hoogstens ongecompliceerde gevallen baas. Op die grond moet helaas meer dan de helft van de gegadigden worden afgewezen. Maar dat argument gaat in de eigen praktijk niet meer op. Niemand bekent graag zijn tandheelkundige onmacht. Dus moet naar andere argumenten worden omgezien. Die laten zich gemakkelijk vinden in de factor tijdgebrek. Maar dat houdt in dat – vooral in de dichtbevolkte centra – velen onverdiend in de kou blijven staan. En de tandarts, die zich over hen ontfermt, krijgt al gauw zo'n toevloed van patiënten, dat hij onmogelijk de aan de universiteit geleerde maatstaven kan volhouden. Vandaar de ontoereikende restauraties, waarvan al eerder werd geïllustreerd. Dat middel is echter haast erger dan de kwaal.

Deze uiting van gebrek aan mankracht zou echter in principe nog kunnen worden bestreden door te zorgen dat er genoeg tandartsen afstuderen. Er is echter een tweede negatieve selectie, nl. op grond van financiële problemen. Goede restauratieve tandheelkunde is altijd kostbaar geweest. Maar door verschillende oorzaken, zoals de terwille van de vereiste accuratesse verbeterde methoden met de daaraan inherente duurdere materialen, de aan de moderne praktijkvoering aangepaste installaties en instrumentaria, de hoge personeelslasten, de relatief zeer sterk gestegen tarieven van tandtechnische laboratoria, e.d. zijn de kosten van adequate restauratieve behandeling hard op weg, buitensporig te worden. Dat sluit niet alleen de ziekenfondsverzekerden (aangewezen als deze nog altijd zijn op „eenvoudige” voorzieningen) al op voorhand uit, ook voor menige particuliere patiënt gaan de kosten van gebitsreconstructie zijn budget verre te boven, nog temeer omdat – zoals gezegd – de duurzaamheid daarvan nooit te garanderen is. Het spreekt vanzelf dat deze vorm van selectie in principe geheel verwerpelijk is; zij is echter veel moeilijker te bestrijden.

Om de maat vol te maken: er is nog een derde vorm van negatieve selectie, die uit de mentaliteit van de patiënt voortkomt. Velen onttrekken zich uit angst aan elke tandheelkundige behandeling (hoewel die uit de aard der zaak

meestal juist bij hen bitter nodig is). Voor zover personen uit deze categorie hun vrees overwinnen, zijn zij vaak niet voldoende meester over hun onlustgevoelens tegen de verschillende manipulaties, om de best mogelijke – of zelfs maar redelijke – voorwaarden te scheppen voor een werkelijke optimale behandeling. En aangezien toch al niet iedere tandarts van nature de technische en mentale begaving bezit, om permanent tot restauratieve „Höchstleistungen“ te komen, is deze tegenwerkende omstandigheid een niet te onderschatten bron van ontoereikende verrichtingen.

Nu zou men kunnen stellen: goed, dat hebben die patiënten dan tot op zekere hoogte aan zichzelf te wijten. En ten aanzien van de wegblijvers zou men de wat cynische opvatting kunnen huldigen, dat het maar gelukkig is, dat de subjectieve behoefte geen gelijke tred houdt met de objectieve, want anders was er helemaal geen houden meer aan. Maar deze redenering is, uit een oogpunt van volksgezondheid beschouwd, in wezen een testimonium paupertatis. Bovendien ziet men dan over het hoofd, dat onder deze categorie ook dienen te worden gerekend de lichamelijk en geestelijk gehandicapten. Moet daar soms niet voor worden gezorgd? Het onderwijs heeft aan dit probleem echter in het verleden al bijzonder weinig aandacht besteed.

Hebben de universitaire docenten – zo zal de lezer vragen – zich dan al met al niet veel te verwijten? Bijvoorbeeld omdat de studenten methoden worden bijgebracht, die zij later o.a. om financiële redenen toch niet kunnen toepassen, terwijl andere en zelfs urgente zaken nauwelijks aandacht krijgen? Of omdat zij blijkbaar geen kans zien de technisch en mentaal zwakkere broeders en zusters tijdig te elimineren, door hun b.v. voortzetting van de studie te ontraden?

Op de eerste vraag werd al bij een vroegere gelegenheid ingegaan (cf. Ned. T. Tandheelk. 79: 280, juli 1971). Men kan er slechts nog eens aan herinneren, dat de docenten slechts datgene kunnen onderwijzen, wat wetenschappelijk verantwoord is te achten, ook al zijn de resultaten van dat onderwijs voor de gemeenschap nog weinig bevredigend.

En wat de tweede vraag betreft: het spreekt vanzelf dat in de eerste twee studie jaren een aantal studenten verdwijnt, dat op grond van eigen inzicht en/of van gebleken onvoldoende prestaties de studie de rug toekeert. Maar dat houdt nog niet automatisch in dat allen, die de barrière van de kliniek passeren, per se ook goede studenten zijn. Sommige preklinisch zwakkeren maken in hun klinische jaren een verrassend groeiproces door. Anderen stellen dan juist weer teleur. Het is eenvoudig niet te voorspellen hoe een student zich zal ontwikkelen: gunstige of ongunstige ervaringen in het persoonlijk leven spelen hierbij wellicht een belangrijke rol. Zo komt het dat, wie eenmaal de klinische fase van de studie heeft bereikt, vroeg of laat toch wel afstudeert.

Voor het overige kan de in de vorige alinea gestelde vraag echter in bevestigende zin worden beantwoord. Ja, zeker heeft de universitaire studie nog verschillende tekortko-

mingen. Men kan b.v. aanvoeren dat de instructie in de restauratieve tandheelkunde vaak nog te schematisch is. Men gaat te veel uit van standaardmodellen, terwijl het aantal anatomische variaties in het menselijke gebit welhaast onbegrensd is. Men denke slechts aan de grote verscheidenheid van kroonvormen met betrekking tot de daarop uit te voeren (standaard)preparaties. Nu leren de studenten die variabiliteit tijdens hun klinische jaren wel tot op zekere hoogte kennen, maar het spreekt vanzelf dat de ervaring aan het eind van het zesde studiejaar nog zó gering is, dat de aankomende tandarts over het algemeen nog te weinig is toegerust om de daaruit voortvloeiende problemen met kennis van zaken te kunnen oplossen.

Een moeilijkheid van geheel andere aard wordt gevormd door de omstandigheid dat de jonge tandarts te weinig is onderlegd op het stuk van omgang met patiënten. In het voorgaande werd gesproken over het feit dat ook de technisch best denkbare rehabilitatie geen waarborg kan geven voor een zodanige duurzaamheid als in overeenstemming is met de doorgaans zeer hoge kosten, nl. door de helaas bestaande onvoorspelbaarheid van de reacties der levende weefsels. Dat deze tot onaangename conflicten kunnen leiden met in hun verwachtingen teleurgestelde patiënten, ligt voor de hand: de patiënt is doorgaans immers onkundig van het bestaan van zulke reacties en hij is dus licht geneigd aan een fout van de behandelende tandarts te denken, hoezeer deze misschien ook zijn best had gedaan om ze te voorkómen. Het behoort dan ook tot de plicht, van de practicus, de patiënt terdege in te lichten omtrent deze minder gunstige risico's. Maar voor de bespreking van deze en dergelijke problemen laat de studie niet veel ruimte. Toch zijn zulke onderwerpen belangrijk en de docenten hebben zeker in dit opzicht ook een taak. Doch tot dusver schiet de mentale toerusting in het algemeen tekort.

Zo zouden verschillende onvolkomenheden zijn te noemen. Maar wat wil men? De samenleving is sinds 1947 veranderd op een wijze als niemand kon voorzien en dus werd bij de overgang van de vierjarige naar de zesjarige studie ook niet gemikt op de problemen die men pas de laatste jaren begint te onderkennen. Men heeft de indruk dat het tandheelkundig onderwijs in dit opzicht dan ook thans pas goed in beweging begint te komen. Daarbij mag men niet uit het oog verliezen dat dit onderwijs in Nederland jarenlang te kampen heeft gehad met gebrekkige ruimtelijke voorzieningen. De naar de eisen des tijds ingerichte poliklinieken zijn van zeer recente datum. Verschillende afdelingen kunnen daarom nu pas goed van de grond komen.

Niet onvermeld mag blijven dat inmiddels een jongere generatie van tandartsen is opgestaan, die een zesjarige opleiding hebben genoten, daarvan weer een zekere afstand hebben genomen, die voorts een grote belangstelling voor het onderwijs hebben en daarbij wellicht ook meer sociaal bewogen zijn dan de oudere generatie. Zij bezitten de geestelijke souplesse tot het maken van plannen om in bestaande leemten te voorzien. Uitgaande van de noodzaak tot uitbreiding van het postacademisch onderwijs

overweegt men b.v. de instelling van intramurale groepspraktijken waarin pas afgestudeerden de ervaring die zij nu nog ontberen, kunnen aanvullen, een en ander natuurlijk onder leiding van daartoe bij uitstek bevoegde stafleden. Ook denkt men aan de verwezenlijking van passende mogelijkheden om – in het kader van de afdelingen Pedodontie – geestelijk gehandicapte kinderen te behandelen. Een bijkomstig voordeel van zulke ontwikkelingen zou zijn dat de goodwill van de poliklinieken bij de bevolking een stimulans kan ondervinden. Want deze heeft bijna zeker te lijden van het eerder genoemde betreurenswaardige, maar onontkoombare feit dat zoveel patiënten moeten worden afgewezen, aangezien hun gebitstoestand teveel moeilijkheden met zich meebrengen, om door studenten te kunnen worden overwonnen. De hulpzoekenden menen daarentegen vaak dat een universitaire polikliniek – naar analogie van wat men uit de geneeskunde kent – nu juist bij uitstek de plaats is, waar de moeilijke gevallen welkom zijn. Dat leidt wel eens tot misverstand.

Een vorm van postuniversitair onderwijs, die reeds van oudere datum is, zijn de klinische avonden. Dank zij een betere organisatie en integratie verheugen deze zich in een grote en nog steeds groeiende belangstelling. Dat het Tijdschrift ook een functie toekomt in het voortgezette onderwijs, zij slechts terloops vermeld.

Zo is men aan alle universiteiten diligent. Dit neemt echter niet weg dat de nood in de eerstkomende jaren nog groot zal zijn. Dit in aanmerking genomen dient aan de preventie de grootst mogelijke prioriteit te worden verleend: het is al zo dikwijls gezegd. Maar hier is het de gemeenschap die sterk tekort schiet door zich niet te houden aan de terecht gepropageerde methoden op het gebied van voeding en mondhygiëne. Blijkbaar is dat teveel gevraagd in de welvaartsstaat! Er zou één machtig preventief middel zijn waarbij men de medewerking van het publiek niet nodig heeft: fluoridering van drinkwater. Maar nu zit het de tandheelkunde, die met het wereldomspannend onderzoek op dit gebied toch een fenomenale prestatie heeft geleverd, opnieuw tegen: de gemeenschap wijst het op politieke en andere – niet steeds met het gezond verstand te maken hebbende – motieven, voor een groot deel af. Hebben de tandartsen op dit gebied misschien ook schuld? Waarschijnlijk wel, in zoverre zij zich in hun praktijken teveel onbetuigd hebben gelaten en aldus hun patiënten niet voldoende hebben voorgelicht en gemotiveerd. Maar alweer: wat wil men? Zij zijn weliswaar thans medisch-biologisch en technisch in redelijke mate geschoold, maar in het onderwijs is tot nu toe niet ook voldoende aandacht besteed aan de voor dit soort voorlichting onontbeerlijke scholing in de omgang met mensen.

Overigens is het goed te bedenken, dat met de fluoridering van drinkwater de cariës niet in die mate wordt teruggedrongen, dat de totale te verrichten restauratieve arbeid sterk zal verminderen. Hij zal alleen worden verschoven: enerzijds zullen er meer cariësvrije gebitten zijn, die dus weinig aandacht vereisen, maar anderzijds zullen veel gebitten die nú nog door sterk carieus verval als vrijwel „hopeloos” moeten worden aangemerkt, te zijner tijd in

gefluorideerde gebieden aanzienlijke restauratieve mogelijkheden bieden. Dit zal stellig een adequate beoefening van het beroep ten goede komen.

Hoe het echter ook zij, de tandheelkunde en het tandheelkundig onderwijs hebben nog een lange weg te gaan voordat het beroep tot een voor de gemeenschap bevredigend effect kan komen. Moge het Tijdschrift niet in zijn voorlichtende taak tekort schieten, zodat het ook zijn bijdrage tot de goede zaak kan leveren.

V.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MEDISCHE HYPNOSE

Aankondiging conferentiedag „Hypnose en pijnbestrijding” op 11 november 1972

Op zaterdag 11 november 1972 organiseert de Nederlandse Vereniging voor Medische Hypnose een conferentiedag over het onderwerp „Hypnose en pijnbestrijding” in café-restaurant „Koeslag” te Hardenberg (O.). Aanvang 11.00 uur v.m. Kosten van deelneming (inclusief koffie, thee en lunch): f 25,00 per persoon.

Voor het verkrijgen van het inschrijfformulier en programma kan men zich wenden tot W. P. J. Viëtor, zenuwarts, Ziekenhuis Röpcke-Zweers, Hardenberg, telefoon 05232-2822, toestel 118.

BINNENLAND

JAARVERSLAG TNO 1971

Deel 5: Gezondheidsorganisatie

Het als altijd voortreffelijk verzorgde jaarverslag vangt aan met de mededeling dat binnen de haar gegeven beperkte mogelijkheden de Gezondheidsorganisatie TNO zich in 1971 verder heeft ontplooid. Melding wordt gemaakt van activiteiten op velerlei gebieden, o.a. experimentele gerontologie, atherosclerose, epilepsie en nierdialyse. Met betrekking tot de laatste wordt gesteld dat, hoewel mag worden verwacht, dat het aantal niertransplantaties in Nederland in de komende jaren zal toenemen, de kunstnier als tijdelijke dan wel als permanente methode van hemodialyse zijn plaats in de geneeskunde zal blijven behouden. De Gezondheidsorganisatie TNO zal