



Afb. 4. Na restauratie: de sigaar blijkt een Afb. 5. Detail.
prothese.

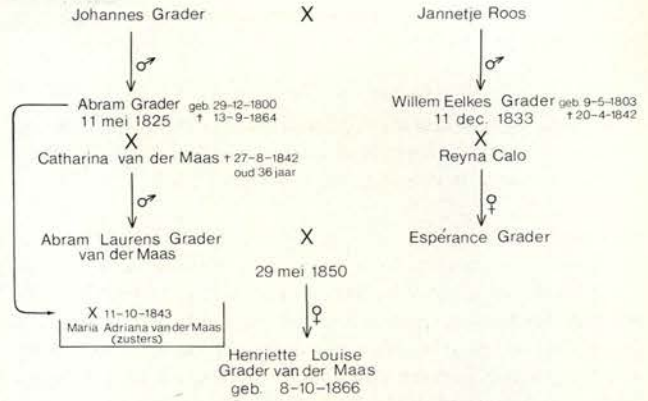
van een vroeger onderzoek door tandarts G. H. Bisseling uit Den Haag bleek, dat in de Amsterdamse Courant van 1843 No. 104 een advertentie stond van de volgende inhoud:

***• A. GRADER, Kunst-Tandenmaker.**

Prinsengracht, No. 815, tusschen de Reguliers- en Vijzelgrachten.

Gedurende meer dan *Vijftien* Jaren voor de voornaamste Dentistes dezer Stad werkzaam, en door de volmaakte nabootsing der Natuur, zijne Kunst tot den hoogsten trap gevoerd hebbende, heeft hij besloten, op aanmoediging van veel geachte Heeren Doctoren en Chirurgen (die meermaalen van zijne doeltreffende behandeling getuigen waren) om dit Vak voortaan *geheel voor eigen Rekening voort te zetten*, en neemt hiermede de vrijheid zich bij het geeerde Publiek eerbiedig aan te bevelen voor het **VERVAARDIGEN** en **INZETTEN** van **KUNSTTANDEN**, in de vaste overtuiging, dat zoowel zijne civiele behandeling als de billijkheid zijner prijzen, de algemeene goedkeuring zullen wegdragen.

Zoals men ziet, was deze Grader dus geen tandarts, maar een tandtechnicus of ivoorsnijder, die besloot onbevoegd de tandheelkunde te gaan uitoefenen, zoals dat tegenwoordig heet. Het verhaal, dat hij trots op zijn besluit was en trots op zijn werk – reden waarom hij zich heeft laten schilderen – was dus juist en is meer dan 100 jaar doorverteld in de familie Grader van der Maas. Uit het uittreksel uit het bevolkingsregister te Amsterdam blijkt, dat A. Grader geboren werd te Amsterdam op 29-12-1800 en aldaar overleed op 13-9-1864. Hij was dus inderdaad een tijdgenoot van Pieneman. Hij huwde twee keer; eerst met Catharina van der Maas († 27-8-1842), uit welk huwelijk een zoon geboren werd: Abram Laurens Grader van der Maas en voor de tweede maal met haar zuster Maria Adriana van der Maas (afb. 6). De zoon, Abram Laurens Grader van der Maas, huwde op 29 mei 1850 met zijn nicht Esperance Grader. Dat zal de reden geweest zijn, dat bij K.B. van 14 juli 1854 de geslachtsnaam gewijzigd werd in Grader van der Maas.



Afb. 6. Stamboom van het geslacht Grader, teruggaande tot Johannes Grader.

zeldzaam. Het is verheugend, dat dit schilderij met een stuk Nederlandse tandheelkundige historie door goede restauratie voor de geschiedenis van ons beroep behouden is gebleven.

Een waardige plaats is voor de toekomst voor dit schilderij verzekerd.

Stadhouderslaan 10,
's-Gravenhage.

VERENIGINGSVERSLAGEN EN MEDEDELINGEN

NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR MONDHEELKUNDE
EN CHIRURGISCHE PROTHETIEK

Verslag symposium „Arthrosis van het temporo-mandibulaire gewricht” op 25 november 1972 te Amersfoort

Op 25 november 1972 vond in het Sint-Elisabeth ziekenhuis te Amersfoort een wetenschappelijke vergadering plaats van de Ned. Ver. voor Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek.

Van de aldaar gehouden vijf voordrachten, welke alle een bepaald aspect van het onderwerp kaakgewrichtsklachten belichtten, waardoor de bijeenkomst het karakter droeg van een symposium, volgen hieronder de samenvattingen.

Als Engelse gastsprekers mochten wij ontvangen collega A. S. T. Franks, Consultant Dental Surgeon in het Birmingham Dental

Hospital en collega H. J. J. Blackwood, Professor of Oral Anatomy in het Royal Dental Hospital in Londen.

1. Dr. J. K. van der Korst (afd. Reumatologie Universiteitskliniek voor Inwendige ziekten, Katholieke Universiteit te Nijmegen): „Fysiopathologie van arthrosis deformans”.

Samenvatting:

Arthrosis deformans ofte wel degeneratieve artropathie wordt vaak beschouwd als een onvermijdelijk gevolg van ouderdom. Klinische en/of röntgenologische aanwijzingen voor het bestaan van een degeneratieve gewrichtsziekte, met name ook van de wervelkolom, wordt bij vrijwel iedereen boven de leeftijd van 65 jaar gevonden. Wij mogen aannemen dat in Nederland enkele duizenden mannen en vrouwen ernstig gehandicapt zijn gedurende hun laatste levensjaren ten gevolge van arthrosis deformans van heupen of knieën.

Dit betekent echter niet dat degeneratieve gewrichtsziekte een specifiek gerontologisch probleem is, integendeel.

Obductiegegevens hebben aan het licht gebracht dat artrotische laesies van het gewrichtskraakbeen reeds vanaf de leeftijd van ongeveer 25 jaar vrijwel bij iedereen aantoonbaar zijn.

Bepaalde stofwisselingsstoornissen gaan gepaard met een ernstige progressieve polyarticulaire arthrosis deformans. Dit is met name het geval bij ochronose, hemochromatose en diabetes mellitus. Bepaalde vormen van idiopathische arthrosis deformans tonen neiging tot familiair vóórkomen, zoals bijvoorbeeld de nodulaire polyarticulaire arthrosis deformans van de vingergewrichten, het carpometacarpale gewricht van de duim en de cervicale wervelkolom. Men treft deze vorm van arthrose vooral aan bij vrouwen.

Overigens predisponeert onvolledige congruentie van de gewrichtsovervlakken of, meer in het algemeen, gewrichtsdeformiteiten zowel van congenitale als van verworven aard, ook voor gewrichtsdegeneratie.

Het is wel zeker dat men arthrosis deformans niet moet beschouwen als een puur „slijtageproces” ten gevolge van overbelasting. Ook is arthrosis deformans niet onvermijdelijk progressief. Reparatieve en reactieve processen, vooral in het aangrenzende bot, o.a. tot uiting komend in osteosclerose en osteofytose, spelen een belangrijke rol in het pathologische beeld van de arthrosis deformans.

Men dient arthrosis deformans te onderscheiden van verouderingsverschijnselen in het kraakbeen. De kraakbeenmatrix ondergaat een reeks van uitgesproken verouderingsverschijnselen.

Deze verouderingsverschijnselen zijn vooral bestudeerd t.a.v. ribkraakbeen. De verouderingsverschijnselen bestaan o.a. uit dehydratie, bruine pigmentatie, vervanging van chondroitinesulfaat door keratosulfaat en accumulatie van niet-collagene eiwitten. Echter in tegenstelling tot ribkraakbeen, zijn dergelijke verouderingsprocessen in gewrichtskraakbeen amper of niet aantoonbaar. Zelfs op zeer hoge leeftijd maakt het gewrichtskraakbeen in vergelijking tot het ribkraakbeen van hetzelfde individu nog een bijzonder „jeugdige” indruk.

Arthrosis deformans is in de eerste plaats een focale laesie die wordt gekenmerkt door depletie van mucopolysacchariden en

demaskering van de collagene vezels aan het gewrichtsoppervlak.

Dikwijls vindt men deze focale laesies niet op de plaatsen waar in het gewricht de meeste belasting optreedt.

Bij de beoordeling van de pathogenese van de arthrosis deformans dient men er van uit te gaan dat het volwassen gewrichtskraakbeen wat betreft het weefseltransport volledig afgesloten is van het onderliggende bot en dat het transport van en naar het gewrichtskraakbeen plaatsvindt via de synoviaalmembraan en de synoviaalvloeistof.

De meeste symptomen van arthrosis deformans en in het bijzonder de pijnklachten worden niet veroorzaakt door het kraakbeenproces als zodanig, maar door secundaire verschijnselen zoals osteofytose van het aangrenzende bot en ontsteking van het aangrenzende synoviale membraan.

2. Prof. H. J. J. Blackwood (Professor of Oral Anatomy, Royal Dental Hospital, London): „Pathology of the mandibular joint”.

Summary:

The tissues covering the skeletal components of the mandibular joint are responsible not only for the maintenance of the integrity of the articular surfaces but also contribute to the growth of these skeletal components. Disorders of growth affecting the bony skeleton may also find expression in the tissues of the joint as for example in achondroplasia and hyperparathyroidism but disordered growth confined to the mandibular component of the joint is seen in the condition of unilateral condylar hyperplasia and may occur during the period of active skeletal growth or in adult life.

The capacity for growth and repair of the articular tissues is present throughout life. This is necessary to ensure that the congruity of the articular surfaces is maintained in the presence of altered functional demands upon the joint such as may arise from changes in the occlusal relationships of the jaw due to loss of teeth or attrition. This articular remodelling may result in the addition of tissue to the joint surface, progressive remodelling, or in the removal of tissue, regressive remodelling.

The most common disease affecting the mandibular joint is osteo-arthritis. The age and sex incidence of this disease is similar to that where other joints of the body are involved. The disease results in destruction of the joint surfaces and articular disc, exposure of sub-articular bone and osteophyte formation (peripheral remodelling), the latter particularly affecting the mandibular condyle.

The mandibular joint may also be involved in rheumatoid arthritis and in this condition involvement is frequently bilateral. There is progressive destruction of the articular surfaces by pannus formation, commencing at the periphery of the joint and terminating in fibrous ankylosis, either partial or complete. The histopathological features of these conditions were discussed based on the examination of human autopsy material.

3. Dr. A. S. T. Franks (Consultant Dental Surgeon, The Birmingham Dental Hospital, England): „Temporomandibular joint dysfunction, clinical symptoms, aetiological factors and therapeutic measures”.

Summary:

The differential diagnosis of temporomandibular joint dysfunction involves a knowledge of many branches of dentistry as well as some of medicine. The approach to be encouraged with regard to complaints related to disorders of this joint is that they all be considered as „complaints of facial discomfort and disorder”. This approach has particular significance in, for example, the problem presented by the superimposition of facial pain symptoms on the signs of a present, but unrelated, joint dysfunction. It acts as a guard against a superficial diagnosis.

The patient presenting with complaints associated with the temporomandibular joint or the structures surrounding it will have a history connected with one of, or combinations of three basic disturbances:

- a. discomfort/pain,
- b. noise on joint movement,
- c. altered function of the joints.

In order to adequately cover the problems associated with the joint, it has been found useful to divide its structure into three separate areas although inevitably there will be considerable overlap. The three suggested divisions are:

- 1. intra-capsular structures of the joint,
- 2. the capsule,
- 3. extra-capsular structures, in the widest context.

A short review was given of the clinical presentation of complaints associated with these areas of the joint.

Treatment of any body disorder or disease must be based on an understanding of its aetiology and when considering these origins, one valuable starting point is to investigate its social aspects. It is of interest to know:

- a. the prevalence and incidence of the disorder in the general community,
- b. the effect of the environment,
- c. the type of person affected.

A number of published contributions to the study of temporomandibular joint disorder have reported on the type of person who is apparently more frequently affected. The author's own research has confirmed that the largest incidence of temporomandibular joint problems occurs in the age group between 20 and 40, most commonly female, married and within the higher social classes. The significance of these results was discussed.

Modern medicine and dentistry recognise two features of life which contribute to health problems, (a) anxiety and tension, and (b) physical disease and trauma. Within recent years, there has been a rediscovering of the importance of emotional disturbance in the origins of many minor physical complaints. Consideration was given in this paper to the role of emotional tension and anxiety in hyperactivity of the jaw musculature. Suggestions were made that there is some significance in the incidence of temporomandibular joint complaints amongst those who are tense and anxious. Consideration was also given to the problems of physical disease and trauma as reflected in the temporomandibular joint, and in particular, the intra-oral disturbances which may effect its function. Analysis of material collected from many hundreds of patients with joint disorder was used to support the conclusions.

The incidence and distribution of tooth loss as well as habit activities present in affected patients can be correlated with the presentation of joint dysfunction. The significance of overclosure in the aetiology of the complaints associated with the temporomandibular joint will be considered. The result of investigations suggest there to be a significant tendency for joint disorders to be more common in patients with tooth loss and, in particular, where this is uneven and unrestored.

Particular emphasis also appears necessary on the structural characteristics of the temporomandibular joints and the fact that with the function of both right and left joints being inexorably bound together, bilateral availability and use of the occlusal table must be encouraged.

For therapy of disturbances of the temporomandibular joint and its associated structures to be successful in the long term, it must be related to the restoration of function of the stomatognathic system, normal to the particular patient.

- 4. Prof. Dr. G. Boering (hoogleraar Mondheelkunde R.U. te Groningen): „Röntgenologische veranderingen aan het kaakgewricht als gevolg van arthrosis”.

Samenvatting:

Opnametechnieken

In de kliniek voor Mondheelkunde van de R.U. te Groningen wordt de voorkeur gegeven aan een combinatie van de contactopname volgens Parma bij maximaal geopende mond en de schuinlaterale opname, als modificatie van de Schüller-opname (Donovan, 1957; Van Aken, 1961), met het gebit in habituele occlusie.

Om vergelijking mogelijk te maken wordt deze combinatie gemaakt van beide gewrichten van elke patiënt, ook al bestaan er slechts enkelzijdig klachten. In bijzondere gevallen, of bij onduidelijkheid, vindt uitbreiding plaats met de transorbitale opname (Zimmer, 1941) bij maximaal geopende mond, of worden tomografische opnamen gemaakt.

Het orthopantomogram (Paatero, 1955) geeft een beeld van het kaakgewricht dat, althans in morfologisch opzicht, vergelijkbaar is met de Parma-opname. Het geeft echter geen goed beeld van de botstructuur en eventueel hierin opgetreden veranderingen. Ook geeft het geen informatie over de graad van beweeglijkheid van het kopje ten opzichte van het tuberculum.

Beoordeling van de röntgenopnamen

Het normale gewricht. Op de Parma-opname heeft het kopje een rond en glad articulerend oppervlak. Naar boven wordt de homogene spongiosa begrensd door een dunne corticale laag die als een continue witte lijn op de foto zichtbaar is. Deze grenslamel wordt gevormd na beëindiging van de groei en vormt een scheiding tussen spongiosa en kraakbeenbekleding, ook wat de circulatie betreft.

Bij maximaal geopende mond staat het kopje op het tuberculum of vaak ook juist iets er voor. Wanneer de Parma-opnamen van beide gewrichten met elkaar worden vergeleken, zijn de beelden normaliter volledig identiek. De schuin-laterale opname geeft een ovaal langwerpige beeld van het kopje, doordat het schuin van boven wordt getroffen. Het oppervlak is afgerond en glad en de botstructuur is homogeen. De lengte en vorm van linker en rechter

kopje en de positie van beide kopjes in hun fossa zijn normaliter identiek.

Pathologische veranderingen. Wanneer bij het eerste consult geen veranderingen worden gevonden (55%) bij een patiënt met kaakgewrichtsklachten, betekent dit niet dat er geen arthrosis is. Hoe langer de controleperiode, hoe groter de kans dat tenslotte toch veranderingen zichtbaar worden (65% na 3 jaar).

Bij arthrosis van het kaakgewricht kunnen 3 stadia worden onderscheiden, nl.: initieel, intermediair en terminaal.

In het *initieële stadium* (25% van het totale aantal patiënten) zijn de röntgenologische afwijkingen op de Parma-opname minimaal, terwijl deze op de schuinlaterale opname geheel ontbreken.

In het *intermediaire stadium* (16% van het totale aantal) zijn de voornaamste veranderingen op de Parma-opname: verdwijnen van de corticale grenslamel (76%), geringe (38%) of duidelijke afvlakking (43%), erosie (35%) en kystevorming (8%). Een verkorting van de opstijgende tak van 2–5 mm wordt gevonden in 50% van de gevallen; in 16% is dit zelfs meer dan 5 mm.

Op de schuinlaterale opname is een verkorting van de ovale projectie van het kopje te zien in 50% van de gevallen, bovendien treedt er een contourvervaging op, waardoor de opname een onduidelijk beeld geeft (40%). De genoemde veranderingen hebben een neiging tot progressie ($2/3$ van de gevallen).

In het *terminale stadium* zijn de voornaamste afwijkingen op de Parma-opname: afvlakking van het kopje (60%), verbuiging naar dorsaal (30%), sclerosering van het oppervlakkige bot (21%) en randhypertrofieën (14%). In ongeveer de helft van de gevallen bedraagt de verkorting van de opstijgende tak op de Parma-opname meer dan 5 mm.

Op de schuinlaterale opname is in $2/3$ van het aantal gevallen een verkorting van de ovale projectie te zien. In het algemeen is de gewrichtsspleet versmald.

De afwijkingen op de röntgenfoto lijken bij voorkeur op te treden aan de kant waaraan overwegend *gekauwd* wordt en aan de kant met een *intacte molaarocclusie*.

In gevallen met *bruxisme* is een overbelasting van beide gewrichten te verwachten als de gewoonte bilateraal is. Röntgenologische afwijkingen van beide gewrichten werden gevonden in 16% van de gevallen. Dit is echter niet of nauwelijks verschillend van het percentage dubbelzijdige afwijkingen dat voorkomt bij patiënten die deze gewoonten niet hebben.

Intra-articulaire injecties van hydrocortison of prednison kunnen aanleiding zijn tot een snelle destructie van de gewrichtsoppervlakken, gevolgd door sterk progressieve veranderingen op de röntgenfoto. Het is daarom te adviseren deze injecties uitsluitend extra-articulair toe te dienen (dorsaal van het gewricht).

Arthrosis deformans juvenilis

In ongeveer 25% van de gevallen is de leeftijd van de patiënten jonger dan 20 jaar. Bij rangschikking naar opklimmende leeftijd in een diagram, ontstaat een gebogen lijn die grote overeenkomst vertoont met de groeicurve volgens Björk.

De juveniele arthrosis is gekenmerkt door:

- pijn en bewegingsbeperking in een periode van sterke groei aan het kaakkopje;
- acute symptomen in een periode van degeneratieve veranderingen, en verdwijnen van de symptomen in een periode van regeneratie;
- een misvorming van het kopje die overeenkomst vertoont met

die welke voorkomt bij de ziekte van Perthes van het heupgewricht.

Op de Parma-opname is een sterke afvlakking van het kopje te zien, gepaard gaande met een verkorting van de opstijgende tak. Deze verkorting is zowel een gevolg van de pathologische afvlakking, als van een remming van de groei. Als de afwijking enkelzijdig is ontstaat er een niveaoverschil van beide kaakhoeken en in extreme gevallen een verbuiging van het gehele caudale deel van het faciale skelet. In bilaterale gevallen kan een mandibulaire retrognathie het uiteindelijke resultaat zijn.

Onderzoek

Enige tijd geleden is een kaakgewrichtsonderzoek gestart in zeer nauwe samenwerking met de Orthodontische Kliniek, waarbij alle kinderen die orthodontisch zullen worden behandeld met apparatuur die een verplaatsing van de onderkaak tot doel heeft (activator, voorbeet, elastiektractie) periodiek worden onderzocht op de toestand van hun kaakgewrichten. Wij hopen onder meer een antwoord te vinden op de volgende problemen:

- hoeveel patiënten met arthrosis deformans juvenilis bevinden zich onder de orthodontische patiënten bij wie de onderkaak verplaatst zal worden;
- wordt door verplaatsing van de onderkaak arthrosis deformans juvenilis geïnduceerd;
- heeft deze vorm van behandeling invloed op de mate en richting van de groei ter plaatse van het kaakkopje;
- is het mogelijk vroeg ingrijpende factoren aan te wijzen die predisponeren voor arthrosis.

5. R. F. van Hoof (specialist Mondheelkunde): „*Behandeling van kaakgewrichtsklachten met fysiotherapeutische technieken*”.

Samenvatting:

Bij de behandeling van dysfunctie en/of pijn welke zijn oorzaak vindt in het kaakgewricht, kunnen een groot aantal therapeutische maatregelen worden toegepast. De behandelingsmethoden die bij de individuele patiënt worden toegepast kunnen in een schema worden weergegeven naar de chronologische volgorde. Een dergelijk schema begint derhalve met de (meer eenvoudige) therapeutische maatregelen bij het begin van de behandeling en indien de patiënt desondanks zijn klachten houdt, komen in het schema meer gecompliceerde, agressieve en tijdrovende behandelingsmethoden aan de orde.

In vereenvoudigde vorm ziet het therapieschema zoals dit wordt toegepast op de mondheelkundige afdeling van het St.-Radboudziekenhuis er als volgt uit:

- A. Duidelijke afwijkingen en gemakkelijk te corrigeren stoornissen in de occlusie en articulatie worden geëlimineerd. Zo wordt bijvoorbeeld een onjuiste relatie van de prothese hersteld, het ontbreken van steun in de molaarstreek hersteld door een partiële prothese, duidelijk afwijkend contact van een of meer gebitselementen gecorrigeerd door inslijpen etc.
- B. De patiënt krijgt een instructie met als doel het kaakgewricht rust te geven. Tegelijkertijd worden hem oefeningen voorgeschreven die tot doel hebben het bewegingspatroon van de onderkaak te normaliseren.
- C. Een opbeetspalk met een dikte van 0,5 mm wordt vervaardigd (drum miniplastschiene), dit vooral indien er verdenking is op bruxisme.

- D. De onderkaak wordt geïmmobiliseerd met behulp van spalken of eyelets.
- E. Intra-articulaire injectie met een cortisone preparaat.
- F. Operatieve behandeling waarbij een condylectomie wordt verricht.

Het stadium F van het therapieschema wordt slechts zeer zelden bereikt. In een periode van 10 jaar moest 4× tot operatieve behandeling worden overgegaan. Bij toepassing van dit therapieschema blijken ongeveer 80% van de patiënten met kaakgewrichtsklachten zelfs niet het stadium C te bereiken, aangezien zij reeds goed reageerden op de therapie in fase B.

Het rust geven aan het kaakgewricht zoals dit wordt aanbevolen in stadium B, bestaat uit de volgende instructie:

1. het gebruik van zacht voedsel,
2. niets afbijten met de incisieven,
3. een mondopening groter dan 20 mm vermijden,
4. voornamelijk kauwen aan die zijde waar het kaakgewricht pijnlijk is.

Tegelijkertijd wordt een oefentherapie ingezet. Het doel van de oefeningen is het aanleren van een scharnierbeweging van het kaakgewricht. Het principe van deze oefeningen werd reeds door Schwartz aangegeven, doch momenteel worden enige modificaties toegepast met o.a. isometrische contractioefeningen.

Er zijn twee belangrijke factoren aanwijsbaar die het zinvol maken de oefenbehandeling van patiënten met kaakgewrichtsklachten te verwijzen naar een fysiotherapeut:

1. De fysiotherapeut is beter dan wij, in staat om een oefenbehandeling te begeleiden. Hij is er aan gewend met het nodige geduld oefeningen te expliceren, corrigeren en zondig te modificeren.
2. De fysiotherapeut beschikt over hulpapparatuur waarbij hij een diepe warmte middels de radarthermie kan toedienen. Hiermee wordt een stimulerend en analgetisch effect bereikt. Daarnaast kan een micromassage worden toegepast met behulp van ultrasonore trillingen.

Om het toepassen van de oefenbehandeling zowel voor de fysiotherapeut als voor onszelf te vereenvoudigen werden instructiebladen samengesteld. Er is één instructieblad voor de patiënten die de neiging hebben tot bilaterale habituele luxatie. Daarnaast zijn er instructiebladen voor de patiënten die de neiging hebben tot een scheve openingsbeweging naar rechts of wel naar links.

Met nadruk dient erop gewezen te worden dat fysiotherapeutische behandeling bij kaakgewrichtsklachten op zijn minst enkele weken (met een frequentie van 2 of 3 keer per week) moet worden gecontinueerd alvorens een effect over het behandelingsresultaat mag worden uitgesproken.

Dr. R. F. van Hoof,
secretaris Ned. Ver. v. Mondheel-
kunde en Chirurgische Prothetiek,
Bethel-ziekenhuis,
Delft.

BINNENLAND

VOORLICHTINGSBUREAU VOOR DE VOEDING

Jaarverslag over 1971

Aan het uitgebreide *Verslag van de werkzaamheden van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding over 1971* ontleent de Redactie gaarne het volgende.

Inleiding

Volgens de futurologen zal in het jaar 2000 ruim 80% van de beroepsbevolking zijn belegde boterham verdienen binnen de muren van een kantoorgebouw. Daarbij zal een belangrijk deel van het administratieve massawerk door de computer worden overgenomen. Dit betekent een duidelijke beperking van het aantal werkuren van de mens en derhalve meer tijd voor creativiteit en lichamelijke activiteit.

Dit betekent ook dat in de loop der jaren men zich bewust moet worden van deze veranderingen en dat daarbij het voedingspatroon zal moeten worden aangepast. Maar wij leven nog niet in het jaar 2000 en daarom doen wij er wellicht beter aan ons tot de huidige voedingsaspecten te bepalen.

Vast staat dat de mens van thans bewuster gaat leven en wie bewuster leeft, zal zich ook het bewuster eten eigen moeten maken. Alleen al uit dien hoofde blijft wetenschappelijk verantwoorde voorlichting noodzaak. Toch ligt de taak van het Bureau niet uitsluitend op het gebied van de voorlichting. Het gaat hier ook om een doelgerichte opvoeding.

Er is door het Bureau dan ook veel tijd besteed aan de actie Voeding en Tandzorg die op vele plaatsen in het land werden ondernomen. Daarbij is er naar gestreefd de kennis van de medewerkers(sters) aangepast te doen zijn aan de huidige wetenschappelijke inzichten.

Gemakkelijk lag ook het contact met Het Ivoren Kruis en met de tandheelkundige professie, vooral wat betreft de schooltandartsen. Enkele van deze contacten leidden tot acties. Deze acties hebben een verschillend karakter: sommige zijn plaatselijk, andere regionaal en alle met een verschillende aanpak en verschillende initiatiefnemers. Helaas blijkt de financiering vaak een groot probleem te vormen. Opgemerkt dient te worden, dat de meeste acties niet lang genoeg zijn voortgezet om te kunnen beoordelen welke aanpak het meest succesvol is. Het ligt daarbij voor de hand dat een longitudinale activiteit meer effect sorteert dan een zgn. „prik“-actie, ook al wordt deze geregeld herhaald. Hoe moet nu zulk een actie op lange termijn er uitzien? Er is te dien opzichte uitvoerig van gedachten gewisseld met de hoogleraren in de Preventieve Tandheelkunde Backer Dirks en König en met de directeur van Het Ivoren Kruis om samen te overleggen op welke wijze moet worden gehandeld om uniformiteit in de voorlichtingsactie over voeding en tandbederf te bereiken. Daarbij zijn bepaalde „regels“ opgesteld, die het welslagen van een actie ten goede zullen komen, waarbij de praktijkervaring van de „Actie Ede“ als uitgangspunt heeft gediend. Tevens is getracht een „pooling“ tot stand te brengen van het huidige voorlichtingsmateriaal.

Het Bureau volgt alle acties – als het daartoe in de gelegenheid wordt gesteld – nauwgezet. Het streeft naar een bundeling van krachten en zoekt daartoe steeds contact met de Kruisverenigingen,