

- on average 30 hours per person were spent per week on study activities: this is based on the period September 12., 1976 - June 18., 1977 including the Christmas- and Easter holidays;
- under pressure, e.g. just before an examination, no more than 40 hours per week were spent on average on study activities;
- of all time spent on study activities related to specific subjects on average a third was devoted to scheduled activities (lectures, practical work, examinations), the rest to studying privately;
- students attended half of the programmed lectures;
- to estimate time needed by students for study activities it is a standard to add two hours of private study with every hour of scheduled lecture; this is generally in agreement with the results of this study;
- during term, time was mainly spent on activities related to subjects in which at the end of term an examination took place; this is true even when direct preparation for the examination is excluded;

- direct preparation for an examination in a comprehensive subject took on average two to five weeks;

- sudden expansion on time needed for activities in a subject does not effect the total amount of time spent on study activities, rather though the time spent on other subjects.

It is not justified to conclude from these data that the curriculum will be improved by expanding the study activities. Improvements have to come from change in the structure of the curriculum.

#### Literatuur:

1. *Beekhuizen, C., J. M. Halsema, J. H. A. van der Sman* (1976): Studietijdmeting. Uit: A. I. Vroeijsstijn en W. M. van Woerden (ed.), *Onderwijs en Praktijk*, deel 2. Delftse Universitaire Pers.
2. *Everwijn, S. E. M., A. J. J. Willemsen* (1972): Validatie-onderzoek naar methoden om studietijd te meten. Afd. Onderwijs en

Ontwikkeling van Wetenschappelijk Onderzoek, R.U.-Utrecht. Centrum voor Onderzoek van Wetenschappelijk Onderwijs, U.v.A.

3. *Everwijn, E. M., G. Muggen* (1973): Methoden voor het meten van studietijd. Uit: W. M. van Woerden e.a. (ed.), *Onderwijs in de maak*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
4. *Hofstee, W. K. B.* (1976): Hoe reëel is de norm van 1700 uur? *Onderzoek van Onderwijs*, jaargang 5, nr. 1/april 1976.
5. *Onderzoek van Onderwijs* (1976): Thema-nummer 'Beidt uw tijd', jaargang 5, nr. 4/december 1976.
6. *Vermeer, E. H.* (1977): Studietijdbesteding tweede jaar tandheelkunde Groningen 1976-1977. Bulletin nr. 8, *Onderwijsontwikkeling Tandheelkunde Groningen*.

Juni 1978,

Ant. Deusinglaan 1,  
9713 AV Groningen.

## BERICHTEN

### Verenigingsverslagen en mededelingen

#### NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE

*Verslag najaarsvergadering d.d. 4 november 1978 te Velsen*

De najaarsvergadering werd op 4 november 1978 te Velsen gehouden in het Zeeweg-ziekenhuis, waar collega E. R. Kraal gastheer was. De vergadering stond onder voorzitterschap van Dr. J. Hovinga. Na afloop van het wetenschappelijke gedeelte werd een huishoudelijke vergadering gehouden, waarin Dr. H. Tideman als voorzitter werd gekozen ter opvolging van Dr. J. Hovinga die het voorzitterschap van de Vereniging ongeveer 7 jaar heeft vervuld.

Als centraal thema voor het wetenschappelijke gedeelte van de vergadering was gekozen voor: 'De behandeling van schizis-patiënten'. Van de gehouden voordrachten volgt hier een korte samenvatting:

1. I. T. Jackson (consultant plastic surgeon, Glasgow): *Secondary management of cleft palates*.

It is our policy to defer surgery, if possible, until facial growth is more or less complete. On occasion soft tissue surgery must be carried out before this.

#### Lip

An analysis of the deformed anatomy is essential and the repair is based on this. The key

point most times is to arrange the orbicularis oris into its normal anatomical position. The skin of the lip can be lengthened in numerous ways. The Millard technique is recommended in unilateral cases. In bilateral cases, again orbicularis reconstruction is carried out with later or simultaneous lengthening of the columella. In very tight lips an Abbé flap of the sandwich variety is carried out: what allows early division of the pedicle.

#### Nose

In extremely deformed noses the lower lateral cartilage on the affected side can be repositioned. Where the columella is short in the bilateral cleft, this can be lengthened.

#### Palate

An anterior fistula causing nasal escape, loss of fluid into the nose or difficulty in denture retention may be closed. Velo-pharyngeal incompetence may necessitate treatment (see later section on speech problems).

#### Adolescent case

There are several treatment categories:

1. Soft tissue surgery with or without orthodontic treatment.
2. Soft tissue surgery, onlay bone grafting with or without orthodontic treatment.
3. Rapid maxillary expansions, soft tissue surgery with palatal and maxillary bone grafting with or without orthodontic treatment.
4. Possible rapid maxillary expansion; with or without orthodontic treatment; soft tissue surgery; maxillary osteotomy; closure of fistula; bone grafting; with or without orthodontic treatment.

It is planned to correct as much as possible in

the minimum number of stages. Ideally there should be one major operation and then a minor procedure which would include a rhinoplasty and any soft tissue tidying-up which might be necessary. Most frequently rapid expansion of the maxilla is required, followed by closure of the frequently present anterior palatal fistula, revision of lip with bone grafting of the maxilla and the palate and repositioning of the lower lateral cartilage, together with lengthening of the columella on the cleft side and repositioning of the alar base. In more severe cases where there is added maxillary retrusion, then a Le Fort I or a Le Fort II osteotomy is required and again lip revision, fistula closure and bone grafting is carried out simultaneously. Occasionally a bimaxillary procedure is necessary. After this has settled down, usually from six months to a year, a rhinoplasty, which is little more than the standard cosmetic procedure is carried out.

#### Complications of osteotomies

Relapse, vertical and horizontal, loss of maxillary segments, loss of bone graft, recurrence of fistula, increase of velo-pharyngeal incompetence. The latter occurs in about ten percent of cases. It never occurs unless there has been a pre-existing velo-pharyngeal incompetence.

#### Speech problems

The patient referred with a speech problem should be assessed by the clinician, the speech therapist and a decision then made as to whether this is an articulatory problem or a problem of velo-pharyngeal incompetence or, in fact, a mixture of both. Articulatory defects can have a physical origin in poorly fitting dentures, disordered dentition, disordered oc-



clusion, poor lip function or poor tongue function.

The physical problems can be dealt with either by the prosthodontist, the orthodontist or the surgeon with intensive speech therapy. Velo-pharyngeal incompetence requires to be investigated by lateral radiology, lateral and basal cine radiography, nasendoscopy.

In most cases the palate is short and scarred but, most significantly, a V-pattern is seen on nasendoscopy, indicating that the levator muscles are in the wrong position. Thus corrective surgery is related to the nasendoscopic findings. If, as is common, the levators are running forwards on to the hard palate, then the first operation should be one of retrodisplacement of the levator muscles i.e. a complete reconstruction of the palate with the introduction of a buccal flap on to the nasal layer to give lengthening in this area.

In a proportion of these cases no further surgery is required and the remainder may necessitate a pharyngoplasty. Where palatal movement is good but there is poor lateral pharyngeal wall movement then the operation of choice is probably a sphincter pharyngoplasty, incorporating the palato-pharyngeus muscles in the repair. Where the palate does not move particularly well but there is good lateral pharyngeal wall movement, probably a large superiorly based pharyngeal flap is the treatment of choice. Where there is some lateral wall movement and some palatal movement but neither is very good, then the sphincter-type pharyngoplasty would be favoured. The advantages of the latter procedure are that it is simple and quick to perform: it produces less scarring than the pharyngeal flap and, therefore, does not cause problems with later osteotomies; it can be performed after a pharyngeal flap has been unsatisfactory or has failed and finally, and perhaps most important, it is possible to adjust this pharyngoplasty at a later date should correction be insufficient.

2. J. G. McLennan (consultant orthodontist, Glasgow): *Orthodontic treatment of the secondary cleft deformity.*

In common with the other members of the cleft team, the object of treatment is to provide an aesthetic, functional and long lasting dental and oro-facial complex, whilst reducing treatment time to a minimum.

In the deciduous dentition, no active treatment is undertaken but, in view of the high caries rate in the West of Scotland, a preventive dental programme is begun, involving the administration of Fluoride tablets from birth and the application of topical Fluoride and fissure sealants as teeth erupt and co-operation is obtained. This can be done concurrently with Speech Therapy appointments, or arranged locally if prolonged travel is involved. Once the permanent incisors erupt, if they are in linguocclusion, and provided maxillary

hypoplasia is not so severe as to preclude their stable correction, they can be brought into positive overjet in a few months using a simple removable appliance. If a temporary denture is necessary for aesthetic reasons or fistula obturation, this can be provided but, if possible, should not be used as a retainer for unstable tooth movement, and can thus be left out at night as an aid to oral hygiene. Other conservation prevention measures should continue and crowding can be corrected as it develops by modified serial reduction.

In the early teens, when the permanent dentition is well erupted, arch collapse can be corrected with rapid expansion appliances and forward traction to the maxilla can also be attempted. If surgical advancement of the midface is intended, then pre-surgical orthodontics may be required to provide a good post-operative occlusion and to assist in the prevention of maxillary relapse. Bone grafting of the alveolar cleft is then undertaken, sometimes combined with midface advancement, and in a few months the patient is ready for the final phase of treatment.

We believe that teeth can both erupt and be aligned into grafted bone and the patient can thus be treated as a standard orthodontic case on a now corrected facial skeleton. The presence of a bone graft, however, will not totally stabilise the expanded maxilla, although the tendency to collapse is much reduced. Arch alignment is undertaken with a fixed edgewise technique, having first seen the patient with the Prosthodontist to formulate a final treatment plan. If the upper arch has not required expansion and is stable, the canine on the cleft side may be brought forward into the graft to replace the absent or hypoplastic lateral incisor, thus removing the need for any permanent prosthesis. A degree of pre-existing crowding will help in this respect. If expansion has been undertaken and the upper arch is not fully stable, then a partial denture or fixed bridge to replace the lateral incisor and act as a permanent retainer should be provided.

The presence of a bone graft, however, will provide a degree of stability and reduce the number of abutment preparations required on either side of the cleft.

3. K. F. Moos (consultant oral surgeon, Glasgow): *The assessment, planning and surgical correction of secondary cleft jaw deformity.*

The essence of correction of this type of deformity is the accurate assessment of the patient and the recognition of the syndrome of defect. These include an anterior palatal fistula, poor lip scar, nasal deformity (especially of the alar base and sill), maxillary collapse and maxillary hypoplasia with retromaxillism.

The patient's problem may be one of deformity, speech difficulty or inability to eat and cope with dentures. The first stage of assessment is to ascertain the motivation of the patient. Secondly to carry out a careful clinical examination followed by radiological examina-

tion of the facial bones including cephalometry. An occlusal analysis of the patient's dental models is also required. Photographs are taken for record purposes and in order to carry out the profile planning. Details of the method are given. Nasendoscopy and speech assessment are required.

The surgical approach is a necessary attempt to correct all the existing problems at the same time. This may mean the repair of the secondary cleft including the lip deformity, nasal deformity, anterior nasal fistula and maxillary osteotomy in one procedure. If there is also a mandibular deformity, this is similarly corrected at the same time. In most cases the deformity lies at a low level in the midface and a Le Fort I osteotomy satisfactorily corrects the maxillary hypoplasia. In some cases this lies at a higher level involving the whole central middle-third and this will require correction by a Le Fort II osteotomy. Only very occasionally is the cleft deformity associated with a total midface hypoplasia requiring a Le Fort III osteotomy.

The importance of correction of vertical height and overclosure of the jaws is stressed. To prevent relapse it is essential to immobilise the jaws for a period of not less than six weeks and in most cases this is carried out by a combination of cranio-maxillary fixation and intermaxillary fixation. The intermaxillary fixation is left in a few weeks longer. When mandibular surgery is also required this should be carried out immediately prior to the Le Fort osteotomy.

Relapse is more likely to occur if good mobilisation has not been obtained and where there is poor bone grafting. Adequate fixation is absolutely necessary and this must remain in place for a considerable time. Usually a period of 6-8 weeks is required. One of the major factors in relapse is undoubtedly the failure to obtain a good dental occlusion. Where there are few teeth and where is a poor overjet and overbite then relapse will occur. Occasionally velo-pharyngeal incompetence occurs after Le Fort osteotomies ( $\pm 10\%$  of the cases) and the patient must be warned of this. This, however, may be corrected by a pharyngoplasty. Where there is a preoperative speech problem then pharyngoplasty should be postponed until after the maxillary osteotomy has been done.

The total correction of the cleft deformity by soft tissue surgery and osteotomies with bone grafting and the restoration of a normal dental occlusion will produce a good aesthetic and functional result in the cleft patient.

4. Dr. J. P. W. Stoelinga (Arnhem): *The timing in secondary cleft repair.*

Deze voordracht zal in haar geheel worden gepubliceerd.

5. Prof. Dr. P. Egyedi (Utrecht): *The problem of the displaced intermaxillary bone in cleft patients.*



Het os intermaxillaire is bij schizis-patiënten met een dubbelzijdige cheilo-gnatho-palato-schizis vaak verplaatst. Soms bevindt het zich in een soort dekbeetpositie, in andere gevallen bevindt het zich in een klasse III-relatie en zijn de incisieven ook nog naar binnen gekanteld. Een enkele keer bevindt het zich in een uitge-sproken infrapositie (dus ergens in de neus). Als het zich in dekbeetpositie bevindt, is operatieve behandeling niet moeilijk. Een osteotomie volgens Wunderer geeft in deze gevallen een goed resultaat en het botcontact is in het algemeen bevredigend ofschoon de consolidatie vrij lang op zich kan laten wachten. Bevindt het zich echter in de neus of in een klasse III-relatie, dan moet het naar voren gebracht worden, waarbij een defect naar de neus ontstaat en tevens de vascularisatie nog uitsluitend van labiaal komt. Dit maakt latere botimplantatie en sluiten van een fistel soms erg lastig en maakt het gebruiken van de door mij beschreven 'buccal handleflap' enigszins riskant.

Het is dringend noodzakelijk dat van orthodontische zijde de mogelijkheden en beperkingen van orthodontische therapie bij schizispatiënten aan de hand van naonderzoek van grotere series worden aangegeven.

6. R. A. C. A. Voorsmit (Nijmegen): *Some aspects of the treatment of cleft patients in Indonesia* (film).

Dr. I. van der Waal, oud-secretaris.

### Binnenland

#### STICHTING GOED GEBIT BEHOUDT SUBSIDIE

De gemeenteraad van Amsterdam heeft in zijn vergadering van 29 januari 1979 besloten de subsidie voor de stichting Goed Gebit - die al veel nuttig werk heeft gedaan op het gebied van de voorlichting voor een gezond gebit in Nederland - te handhaven. Een motie van de VVD om voor deze stichting bestemde gelden voor een ander doel aan te wenden, werd verworpen.

#### JEUGD RODE KRUIS NEDERLAND

##### *Tandheelkundig mini-project voor krottenwijk in Peru*

Het Nederlandse Rode Kruis heeft een Jeugd Rode Kruis-programma, dat voor kinderen en jongeren ideeën en mogelijkheden biedt iets voor andere mensen te doen.

Ook voor het jaar 1979 - het Internationale Jaar van het Kind - heeft het Jeugd Rode Kruis activiteiten met en voor kinderen op het programma staan. Zo bereidt het Jeugd Rode Kruis-bureau een onderwijsproject voor, dat tot doel heeft de tandheelkundige verzorging en voorlichting voor kinderen in de krotten-

wijk Condevilla Senor in Lima (Peru) te verbeteren. Het betreft hier één van de zgn. mini-projecten, waarbij Rode Kruisverenigingen in (meestal) ontwikkelingslanden via de internationale Liga van Rode Kruis-verenigingen te Genève financiële steun vragen voor het opzetten of beter doen functioneren van een bepaalde vorm van hulpverlening. In dit geval gaat het om de aanvraag door het Rode Kruis van Peru van een bedrag van minimaal 3.000 dollar, met behulp waarvan de behandeling door een tandarts in een reeds bestaand centrum, kaakchirurgische behandelingen en de voorlichting aan moeders en kinderen over het gezond houden van het gebit kunnen worden uitgebreid. Het Nederlandse Jeugd Rode Kruis heeft dit project geadopteerd en zal de informatie daarover in een meer omvattend onderwijsprogramma in kant en klare vorm aanbieden. Dat gebeurt door de vele afdelingen van het Nederlandse Rode Kruis die regelmatig contact met scholen onderhouden.

#### PROMOTIE

##### *J. M. ten Cate*

Op vrijdag 2 februari 1979 promoveerde de heer J. M. ten Cate tot doctor in de Wiskunde en Natuurwetenschappen aan de rijksuniversiteit te Groningen, op een proefschrift getiteld: 'Remineralization of enamel lesions; a study of the physico-chemical mechanism'. Promotor was Prof. Dr. J. Arends, terwijl Prof. Dr. H. J. C. Berendsen (hoogleraar in de Fysische scheikunde) als co-promotor optrad.

#### SUIKER IN FRISDRANK

In antwoord op een verzoek om advies van de Staatssecretaris van Volksgezondheid midden 1976, heeft een commissie van deskundigen van de Voedingsraad medegedeeld dat enerzijds de mogelijkheid moet worden geopend dat fabrikanten frisdranken gaan maken met een lager suikergehalte en anderzijds dat de voedingsvoorzichting zou moeten wijzen op het belang van een vermindering van het totale frisdrankenverbruik.

Vastgesteld is dat ruim 18% van alle calorieën in zoete vorm door de industrie wordt toegediend. Zo wordt b.v. aan frisdranken gemiddeld 10,4% suiker toegevoegd en voor vruchtedranken ligt dit percentage tussen de 10 en 20 procent. Vruchtesappen bevatten van nature ongeveer 10% suiker.

Het Jam- en limonadebesluit van de Warenwet schrijft echter minimale suikergehaltes voor allerlei soorten limonades en vruchtedranken voor en ook het nieuwe ontwerp Frisdrankenbesluit vermeldt zulke minima: over het algemeen minstens 7% suiker. De adviescommissie pleit ervoor in het huidige Warenwetbesluit de mogelijkheid op te nemen van dranken met minder suiker. Ook acht de commissie het onverstandig dat in het nieuwe besluit de maxi-

mum-suikergehaltes komen te vervallen. Tevens bepleit zij de verplichte vermelding van het suikergehalte op de flessen.

#### KLINISCHE AVOND VOOR TANDARTSEN TE NIJMEGEN

##### *Aankondiging programma 5 april 1979*

Op donderdag 5 april a.s. zal een klinische avond worden gehouden in de collegezaal van het Gebouw klinische tandheelkunde, Philips van Leydenlaan 25, Heyendaal te Nijmegen. Aanvang 20.00 uur precies.

##### Programma:

Prof. J. O. F. C. von Jessen: Het pijndysfunctie-syndroom.

R. A. C. Voorsmit: De derde molaar.

Datum volgende klinische avond: 7 juni 1979.

#### SUBFACULTEIT TANDHEELKUNDE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

##### *Aankondiging cursus Edgewise-techniek vakgroep Orthodontie*

De vakgroep Orthodontie van de Universiteit van Amsterdam organiseert voor 20 tot en met 24 augustus a.s. een praktische cursus (voor specialisten in de Dento-maxillaire Orthopædie) over de toepassing van 'indirect bonding' in de Edgewise-techniek.

De cursus, waarvoor het materiaal en een klapper worden verstrekt, is dagelijks van 9.00 tot 17.00 uur. Het aantal deelnemers is beperkt, nl. maximaal 20.

Inlichtingen kunnen worden ingewonnen bij de secretaresse van de vakgroep Orthodontie, mevrouw I. van der Wal, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam, telefoon 020-15 60 62 of 15 69 36 (toestel 333).

#### VRIJE UNIVERSITEIT TE AMSTERDAM

##### *Aankondiging lustrumvergadering afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie*

Op vrijdag 31 augustus en zaterdag 1 september 1979 zal enige aandacht worden geschonken aan het feit dat de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam 10 jaar geleden werd opengesteld.

Besloten is om naar aanleiding hiervan enkele sprekers uit het buitenland uit te nodigen, terwijl daarnaast vanuit het Academisch Ziekenhuis enkele voordrachten zullen worden gehouden.

Mr. D. Henderson (Oral and Maxillofacial Surgeon, St.-Thomas Hospital, London) is bereid gevonden een cursus van ca. vier uur te houden over het onderwerp 'Orthognathic