

## MENINGEN

## EEN TOEKOMSTVISIE NAAR AANLEIDING VAN 12½ JAAR PARODONTOLOGIE AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

L. COPPES

De rubriek 'Meningen' is ingesteld ten einde bij te dragen aan de opinievorming binnen de tandheelkundige professie. Met een zekere regelmaat zullen hierin ook redactionele commentaren verschijnen. Daarnaast kunnen deze kolommen ter beschikking worden gesteld van diegenen die onder eigen verantwoordelijkheid hun inzichten willen vastleggen over onderwerpen die ook de Redactie van belang acht voor de lezerskring van dit tijdschrift.

Op 1 april 1980 bestond de vakgroep Parodontologie van de Universiteit van Amsterdam 12½ jaar. In die periode ontwikkelde zich een afdeling, die uitgroeide van een eenmansbedrijfje tot een vakgroep met 21 wetenschappelijke medewerkers, een secretaresse, twee klinische assistentes, drie mondhygiënisten en een analyste.

Het onderwijsprogramma voor tandheelkundige studenten en mondhygiënisten-opleiding is breed opgezet en omvangrijk. Het onderzoek vindt plaats op het gebied der basiswetenschappen en op het terrein der klinische tandheelkunde, waarbij – uiteraard – het doel gericht is op de Parodontologie.

Er bestaan verschillende samenwerkingsverbanden met andere vakgroepen en andere subfaculteiten.

Een van de belangrijkste, organisatorische veranderingen in het onderwijssysteem van de Amsterdamse Subfaculteit, was het inrichten van een *Centrale prekliniek en kliniek*, waarin de vakgroepen Cariologie en Endodontologie, Functie-leer van het Kauwstelsel, Sociale Tandheelkunde en Parodontologie samenwerken. Daardoor is de integratie van de vele aspecten van de tandheelkunde niet alleen bij de voorbereiding van de student tot de behandeling van patiënten, maar ook bij die behandeling zelf een feit geworden. Dat deze maatregel mogelijk werd is te danken aan de bereidheid van de vakgroepen om hun autonomie in te perken. Een begunstigde factor daarbij is zonder twijfel geweest dat de democratisering niet aan de Subfaculteit voorbij is gegaan.

De waarde van deze integratie komt duidelijk tot uitdrukking in de zich veranderende koers van het tandheelkundig onderwijs in het algemeen.

Ondanks de wet van 1947, waarin de tandheelkundige studie universitair werd geregeld en waarbij in de opleiding een grotere aandacht aan de biologische aspecten van

de tandheelkunde werd besteed, bleef de tandheelkunde nog jarenlang een bij uitstek technisch vak. Als gevolg daarvan ondervond de Parodontologie een minimale belangstelling.

Toen in 1967 het bestuur, onder leiding van Prof. Dr. M. Hut, de beslissing nam een zelfstandige afdeling Parodontologie in te richten met een eigen kroondocent, was dat in Nederland dan ook een unieke gebeurtenis. Weliswaar was sedert de Tweede Wereldoorlog bekend dat de helft van alle natuurlijke gebitselementen aan parodontale ziekteprocessen te gronde ging, stelde de W.H.O. in 1952 een minimum universitair onderwijsprogramma van 150 uren voor, bestond voorts de American Academy of Periodontology al bijna veertig jaar en de Association pour les Recherches sur les Parodontopathies reeds zesendertig jaar, het besluit van de toenmalige Amsterdamse hoogleraren moet door velen als losbollig zijn gezien, want in Nederland werd voornamelijk geboord en gevuld, vaak zonder aandacht te besteden aan het fundament, de heipalen, het parodontium. En dat in een zo drassig land.

Het is opmerkelijk dat men zelfs nú nog wel een enkele keer spreekt van een nieuwe loot aan de tandheelkundige stam. De nieuwe loot kon echter nooit tot wasdom komen omdat zij steeds werd 'terug'-gesnoeid. Maar dankzij de bovenaangeduide integratie in het onderwijs, is daaraan nu een eind gekomen en dat betekent – naast andere gunstige perspectieven voor de opleiding – een stap in de richting van de ontwikkeling van de Parodontologie, van de uitbouw van de biologische basis van de patiëntenbehandeling en het terugdringen van de technische cariës-georiënteerdheid en de gnathologische gezelschapsspelen. Dat deze stap geen weelde is, kan worden geconcludeerd (zij het in negatieve zin) uit het Rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake toekomstige tandheelkundige voorzieningen. Een gemiste kans.

Zoals gezegd, gaat het beter met de Tandheelkunde en dus met de Parodontologie. Vanzelfsprekend is niet alles geregeld en opgelost, want binnen het kader van het huidige studentencurriculum is het onderwijs in een effectieve parodontale behandeling niet mogelijk.

De vraag naar de exacte omvang van de behoefte aan speciële parodontale therapie is zeker nog een onderwerp voor epidemiologen, maar vast staat in ieder geval dat de vraag het aanbod in sterke mate overtreft. Er wordt over verschillende oplossingen van dit vraagstuk gesproken. De meest voor de hand liggende is *specialisatie*. In veel landen om ons heen bestaat het specialisme Parodontologie dan ook. Een in het oog springend voordeel is dat in het algemeen een specialisatie gunstig werkt of kan werken op het niveau waarop het vak wordt beoefend. In zijn oratie 'Elementen in doorbraak' onderschrijft Van der Kwast (1969) deze stelling. Het aardige is dat hij, na dit nuttig effect voor zijn specialisme te hebben belicht, zich vervolgens uitput in argumenten om verdere specialisatie in de tandheelkunde tegen te gaan.

Ik denk dat de meeste parodontologen onder de Nederlandse tandartsen op dit ogenblik ook niet zo veel voor een erkend specialisme voelen. Veeleer verwacht men dat in een vrije keuzeperiode binnen het studentencurriculum voldoende a.s. algemeen-practici kunnen worden opgeleid om straks aan de bestaande vraag te kunnen voldoen. Dit kan opgaan voor groepspraktijken met de mogelijkheid van interne verwijzing, maar alle andere, op deze wijze opgeleide tandartsen, zullen weinig of geen patiënten voor de wat meer geavanceerde parodontale zorg krijgen toegestuurd. Er bestaat bij vele algemeen-practici – zo leert de ervaring – een zekere terughoudendheid een patiënt naar een collega te verwijzen die een onderdeel van het vak beter beheerst, als hij zich niet tot dat specialisme beperkt en niet voor iedereen als deskundige herkenbaar is.

Mij dunkt dat er andere oplossingen zijn die echter wel wat meer voeten in de aarde hebben, maar desalniettemin aantrekkelijke perspectieven bieden. Men kan nl. in de tandheelkunde voor een betere opleiding zorgen door meer te *delegeren*. D.w.z. delegeren van die taken welke, zoals uit de literatuur bekend is, door anderen kunnen worden uitgevoerd. Naast het assisteren, de tandtechniek, de mondhygiëne – en wellicht de volledige prothese – ook het boren, slijpen en vullen. Dit alles in een samenwerkingsverband zoals waarmee geëxperimenteerd wordt in het Tandheelkundig Gezondheidsproject (T.G.P.) in de Amsterdamse Jordaan. De tandarts verricht daar uitsluitend de niet, of nog niet te delegeren taken en is dan ook in de gelegenheid de parodontale chirurgie, de moeilijke ex-

tracties en de – zelden – geïndiceerde apex-resecties uit te voeren.

Maar er is nog een andere, voor de hand liggende, oplossing. Veel kaakchirurgen moeten een belangrijk deel van hun tijd aan deze moeilijke extracties en resecties besteden. Hun operatieve vaardigheid bij de behandeling van kaakfracturen, osteotomieën en andere grote ingrepen loopt daarbij gevaar. De Subfaculteiten nu, zouden kunnen besluiten een goede overgang van dit tandheelkundig specialisme naar de Geneeskunde, te bevorderen. Het gaat, in de genoemde gevallen, immers om de behandeling van gehospitaliseerde patiënten waarvoor een uitgebreide medische basis-kennis is vereist. Het is de vraag of de tandheelkundige Subfaculteiten de verantwoordelijkheid voor het opleiden van deze specialisten wel kunnen en mogen dragen. Dat de kaakchirurgen deze mening zelf ook zijn toegedaan, blijkt wel uit het feit dat zij in het Centraal College hebben gepleit voor een basisopleiding in de Tandheelkunde zowel als in de Geneeskunde, als voorwaarde voor de opleiding tot specialist. Toen hen door de ministeries te verstaan werd gegeven dat voor een van beide basis-

opleidingen moest worden gekozen, kozen zij voor de Tandheelkunde. Een begrijpelijke, maar misschien niet al te wijze keuze. Zouden de kaakchirurgen alsnog op hun schreden terugkeren en de verantwoordelijkheid voor het medische handelen ook bij de Geneeskunde leggen, dan zou een specialisme Parodontologie in een heel ander daglicht komen te staan. De zogenaamde 'kleine kaakchirurgie' zou dan bij de Parodontologie kunnen worden getrokken, waardoor niet alleen een beter geschaakerd behandelprogramma tot stand zou komen, maar ook de parodontale aspecten die aan de 'kleine kaakchirurgie' inherent zijn, zouden beter tot hun recht komen. Maar moeilijker nog dan beslissingen worden genomen, komen fundamentele discussies die aan beslissingen vooraf gaan, op gang. En dat is jammer omdat de tijd een grote vijand is. Het te verwachten, grote aantal tandartsen zal de bereidheid om over het afstoten van deeltaken te praten, niet aanmoedigen. En datzelfde geldt voor de kaakchirurgie. In beide gevallen zullen de gevestigde belangen de onbevooroordeelde discussie in de weg staan.

Een somber einde? Neen, want wij hebben

geleerd dat groei langzaam gaat en gepaard gaat met het overwinnen van veel hinderenissen. Wie thans 12½ jaar terugkijkt op de ontwikkeling van de Parodontologie in Nederland, naar het onderzoek in dit vakgebied en naar de huidige mogelijkheden daartoe, kan zijn ogen niet geloven.

Ik ben alle medewerkers van de vakgroep dankbaar voor hun gedrevenheid om 'er iets van te maken'. Voor de vakgroep, tenslotte, stemt het tot voldoening dat op 18 januari 1980, buiten het Koninklijk Besluit d.d. 20 december 1979 om, het lectoraat – na een vertraging van zes jaar – werd omgezet in een ordinariaat. De schade die door deze vertraging aan het vakgebied werd toegebracht, werd door het Koninklijk Besluit van 18 januari goedge maakt: de betekenis van de Parodontologie voor de gehele Tandheelkunde kwam daardoor op passende wijze tot haar recht. En dat lijkt mij bij het 12½ jarig bestaan van de vakgroep een felicitatie waard.

Juni 1980.

Adres: Prof. Dr. L. Coppes,  
Louwesweg 1,  
1066 EA Amsterdam.

## BLADVULLING

### Vraag:

Wat is de invloed van het verkorten van de tandboog op het kaakgewricht?

### Antwoord:

Het verkorten van de tandboog kan gepaard gaan met pijn, knappen en bewegingsbeperking van het kaakgewricht. Slechts weinig klachten worden aangetroffen bij het verkorten van de tandboog tot aan de eerste molaren.

Bij het verder verkorten van de tandboog nemen de klachten toe (Käyser, 1976). De klachten zouden worden veroorzaakt door het kantelen van de onderkaak onder in-

vloed van de spierkrachten ten gevolge van het ontbreken van een steunzone. Door dit kantelen van de onderkaak verandert de plaats van de condylus in de fossa mandibularis. Het kaakgewricht zou nu meer rechtstreeks blootstaan aan de spierklacht, waardoor artropathieën kunnen ontstaan (Boering, 1966).

In de literatuur bestaat echter geen eenheid van opvatting over de relatie tussen de conditie van het gebit en de toestand van het kaakgewricht (Steinhardt, 1957; Thomson, 1959, 1971; Ramfjord en Ash, 1971; Carlsson en Öberg, 1974).

### Literatuur:

1. Boering, G. (1966): Arthrosis deformans van

het kaakgewricht. Proefschrift, Groningen.

2. Carlsson, G. E., Oberg, T. (1974): Remodeling of the temporomandibular joints. Oral Sciences Reviews 6, Munksgaard, Copenhagen.
3. Käyser, A. F. (1976): De gebitsfuncties bij verkorte tandbogen. Proefschrift, Nijmegen.
4. Ramfjord, S. P., Ash, M. M. (1971): Occlusion. Saunders, 2e ed., Philadelphia.
5. Steinhardt, G. (1957): Kiefergelenker Krankungen. In: Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Band III, Teil 1, Urban und Schwarzenberg, Berlin.
6. Thomson, H. (1959): Mandibular joint pain. Br Dent J 107: 243-251.
7. Thomson, H. (1971): Mandibular dysfunction syndrome. Br Dent J 130: 187-193.