

Honderd jaar sociaal-tandheelkundig denken

Samenvatting. Beschreven wordt de ontwikkeling van het sociaal-tandheelkundig denken in de afgelopen honderd jaar zoals kan worden afgeleid uit artikelen in het (Nederlands) Tijdschrift voor Tandheelkunde. In de eerste decennia staat vooral het probleem centraal dat tandheelkundige hulp onbereikbaar is voor grote groepen van de bevolking. Door het opnemen van tandheelkundige zorg in het ziekenfondspakket en de opzet van het systeem van schooltandverzorging wordt dit probleem grotendeels opgelost. Al vroeg wordt gewezen op het belang van onderzoek en voorlichting. Na de Tweede Wereldoorlog komt het vraagstuk van de mankracht naar voren. Hulpkrachten worden een belangrijk onderwerp van discussie. Vanaf de jaren zestig groeit, mede op basis van epidemiologisch onderzoek, het besef dat voor effectieve preventie gedrags- en houdingsverandering van de patiënt essentieel is. Gedragswetenschappers gaan zich met de tandheelkunde bemoeien en beïnvloeden het sociaal-tandheelkundig denken. De patiënt komt meer centraal te staan. De laatste decennia komt het sociaal-tandheelkundig onderzoek substantieel tot ontwikkeling. Besloten wordt met een toekomstvisie.

DEN DEKKER J, EIJKMAN MAJ. Honderd jaar sociaal-tandheelkundig denken. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 172-5.

Inleiding

Al in de eerste jaargangen blijkt dat er over tal van problemen, die wij thans als sociaal-tandheelkundig zouden karakteriseren, wordt nagedacht en gediscussieerd. Wij noemen het bestrijden van de onbevoegde uitoefening der tandheelkunde, de problematiek rond honoraria, tarieven en rekeningen, kwaliteitscontrole, praktijkorganisatie en de toekomst van het beroep. Anderzijds staan ook onderwerpen ter discussie die thans als gedateerd kunnen worden beschouwd. Daarbij denken wij bijvoorbeeld aan de kwestie of vrouwen in staat moeten worden geacht het beroep van tandarts uit te oefenen en aan het nut van de functie van de 'mondverpleegster voor prophylaxe', thans mondhygiënist genoemd.

De Rotterdamse tandmeester C.H. Witthaus, in de beginjaren van deze eeuw redacteur van het Tijdschrift, kan worden beschouwd als grondlegger van de sociale tandheelkunde. Hij is daarmee een voorloper. Maar geleidelijk nemen anderen zijn gedachten over. In de afgelopen honderd jaar heeft het sociaal-tandheelkundig denken zich sterk ontwikkeld. Waren in de eerste decennia van deze eeuw de betogen voornamelijk beschouwend, in de jaren zestig en zeventig worden de sociaal-tandheelkundige artikelen steeds meer gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Schaub karakteriseert deze ontwikkeling kernachtig als 'van ethiek tot wetenschap'.¹ In een aantal paragrafen zullen belangrijke sociaal-tandheelkundige onderwerpen uit het verleden en heden ter sprake komen.

Reeds in de eerste jaren van het Tijdschrift wordt gedebatteerd over de kwestie hoe tandheelkundige hulp binnen het bereik van on- en minvermogenden kan worden gebracht. Daarnaast treffen we al vroeg de gedachte aan dat het noodzakelijk

is onderzoek te verrichten naar de gezondheidstoestand van de gebitten van de bevolking en daarover voorlichting te geven. In de jaren twintig en dertig lijkt de term sociale tandheelkunde vooral synoniem te worden met de praktische beroepsuitoefening in sociaal verband, en wordt de rol van de schooltandheelkunde en het ziekenfondswezen in toenemende mate onderwerp van discussie.

Na de Tweede Wereldoorlog wordt tandheelkundige hulp geleidelijk voor de gehele bevolking bereikbaar. De aandacht richt zich dan, onder meer door de toegenomen hoeveelheid cariës en het tekort aan hulp, op de mankrachtproblematiek. Geleidelijk dringt het besef door dat het gedrag van de mens een etiologische factor vormt bij het ontstaan van de belangrijkste gebitsziekten. Het inzicht wint veld dat effectieve preventie de basis van de zorgverlening moet zijn en dat daarvoor een verandering in het gedrag en de houding van de patiënt ten opzichte van de gebitsgezondheid noodzakelijk is. Daarmee doen de gedragswetenschappen hun intrede. De eerste sporen daarvan zijn overigens al te vinden in publikaties van voor de Tweede Wereldoorlog, vooral wanneer het de relaties betreft tussen psychische factoren en verschijnselen als tandenknarsen, duimzuigen of het optreden van angst voor tandheelkundige behandeling. Het sociaal-wetenschappelijk en vooral het epidemiologisch onderzoek in de periode van de drinkwaterfluoridering, tegenwoordig beschouwd als een typisch sociaal-tandheelkundige activiteit, nemen een grote vlucht. Door analyse en evaluatie van de zorg worden bijdragen geleverd om te komen tot kwaliteitsverhoging van de zorgverlening. Het vakgebied wordt thans breed omschreven. Naast de studie van de verspreiding van mondziekten worden de betekenis van psychische, communicatieve, maatschappelijk-

J. den Dekker, tandarts
M.A.J. Eijkman, tandarts

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Geschiedenis**

Datum van acceptatie: 20 november 1992.

Adres: Dr. J. den Dekker, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

ke en economische factoren voor de mondgezondheid als essentieel beschouwd.

Het 'sociale vraagstuk'

Tandmeesters waren in de vorige eeuw ambachtslieden die hun diensten aanboden op de vrije markt. Nadat in 1877 een aan de universiteit gelieerde opleiding was geschapen begon een proces van intellectuele verhoging van de beroepsgroep, dat onder meer resulteerde in de uitgave van dit tijdschrift. Dit proces zet zich voort na het opheffen van het artsenmonopolie en de invoering van de titel 'tandarts' in 1913. Het idee ontstaat dat de tandartsen verantwoordelijkheid dragen voor de mondgezondheid van de gehele bevolking. Steeds sterker wordt het als een probleem ervaren dat het overgrote deel van de bevolking om financiële reden nauwelijks of geen tandheelkundige verzorging krijgt. De ziekenfondsen geven in het algemeen slechts een – beperkte – vergoeding voor eerste hulp. Tandartsen moeten het als een eenzaak zien om een deel van hun werktijd te reserveren voor hun 'sociale taak', het (vrijwel) pro deo behandelen van deze mensen.

Reeds in 1903 geeft Witthaus aan wat de problemen zijn in de sociale tandheelkunde en langs welke weg een oplossing kan worden bereikt. De gebitsstoestand van de Nederlandse bevolking is rampzalig. Het voedingspatroon en de gebrekkige mondhygiëne zijn de belangrijkste oorzaken daarvan. Op de tandheelkundigen rust de verplichting de algemene gezondheidstoestand van de gebitten der bevolking te onderzoeken, de gebreken bekend te maken, de weg te wijzen waarlangs ze te verhelpen zijn en met kracht op verbetering aan te dringen.

Prioriteit moet worden gegeven aan de jeugd. Witthaus bepleit een halfjaarlijkse

controle van het gebit van kinderen van 3 tot 16 jaar. De tandheerkundigen moeten zich op microniveau (ouders, onderwijzers) en macroniveau (overheid, wetgever) intensief en continu bezighouden met voorlichting. Er moet voorlichtingsmateriaal komen over mondhygiëne dat via de scholen wordt verspreid. Op alle scholen moeten schooltandartsen komen, die ook epidemiologische gegevens verzamelen. Tandheerkundige hulp aan minvermogenen moet uit de sfeer van de bedeling worden gehaald. Er moet een verplichte ziekenfondsverzekering komen voor iedereen onder een vastgesteld inkomen. Door krachtige samenwerking tussen overheid, tandheerkundigen en ziekenfondsen moet voor allen een pakket tandheerkunde beschikbaar komen, waarvan ook conserverende hulp deel uitmaakt.²

Witthaus' voorspelling dat uitvoering van deze plannen decennia zal kosten wordt waarheid. In 1923 stelt Van Andel Duitsland als voorbeeld. Daar geldt een wettelijke regeling waardoor alle fondsleden recht hebben op kosteloze chirurgische en conserverende hulp en op prothetische hulp met een eigen bijdrage. Maar dit is niet voldoende. Alleen in het allervroegste stadium kan doeltreffend worden ingegrepen en 'een afdoende regeling voor de groote massa zal alleen in den weg van prophylaxe te vinden zijn'.³ De regering zal consequent schooltandverzorging moeten invoeren.

Bij de opbouw hiervan wordt aansluiting gezocht bij het door Kantorowicz ontwikkelde systeem.⁴ In plaats van de behandeling van het kind op individuele basis plaatst hij behandeling binnen een sociaal systeem. Alle kinderen worden tweemaal per jaar op school door de tandarts onderzocht. De gebitten worden gesaneerd door de in een vroeg stadium ontdekte laesies met eenvoudige middelen te restaureren. Aan de gemeenten wordt een belangrijke rol toegekend bij de opzet van de diensten voor schooltandverzorging.

In 1933 wordt de Nederlandsche Vereniging voor Sociale Tandheerkunde opgericht, die zich onder meer wil bezighouden met de bespreking van vraagstukken ter bestrijding van tand- en mondziekten, de bevordering van de gelegenheid tot onderzoek van en tot het geven van voorlichting over de toestand van het gebit. Deze vereniging zal later een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van de schooltandheerkundige zorg in Nederland. Het deelnemen hieraan door de jeugd neemt in de jaren zeventig en tachtig sterk af met de stijging van het aantal tandartsen, waardoor de mogelijkheden tot behandeling in gezinsverband groter worden. Dit maakt dat een groot deel van de georganiseerde jeugdtandverzorging vrij plotseling wordt beëindigd.

Ziekenfondstandheerkunde

Een belangrijke bijdrage tot de oplossing van de 'sociale kwestie' levert de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheerkunde (NMT) in 1930 met het rapport 'Tandheerkundige behandeling voor niet-particuliere patiënten'. Daarin wordt het systeem van tandheerkundige hulp volgens 'systematisch rationele beginselen' geïntroduceerd, dat door het verlenen van beperkte hulp leidt tot sanering van de mond. Een wettelijke regeling komt echter moeizaam tot stand. Pas met het Ziekenfondsbesluit van 1 november 1941 wordt deze benadering overgenomen.⁵ Dit systeem geldt ook in 1993 nog als uitgangspunt voor de tandheerkundige hulp aan ziekenfondsverzekerden.

Het systeem wordt als beperkt, maar logisch en werkzaam beschouwd. Het is succesvol in die zin dat de toeloop van patiënten veel groter is dan verwacht. De tandartsen die bereid zijn ziekenfonds-patiënten te behandelen, krijgen te maken met regels van en toezicht door de ziekenfondsen, waarbij de tarieven als te laag worden beschouwd. Onderhandelingen met de ziekenfondsen leveren weinig op. Het komt tot een conflict wanneer op 23 maart 1957 de Algemene Vergadering van de NMT unaniem besluit de overeenkomsten met de ziekenfondsen niet meer te hernieuwen.⁶ Alle patiënten zijn weer particulier! Deze stap terug duurt echter maar kort. Binnen enkele maanden wordt het geschil bijgelegd. Het besef dringt door dat de 'ondraaglijke werkomstandigheden' niet zozeer worden veroorzaakt door de hoogte van de tarieven als wel door gebrek aan mankracht. In de volgende decennia wordt nog regelmatig gediscussieerd over de hoogte van de ziekenfondstarieven en de omvang van het, geleidelijk uitgebreide, verstrekkingspakket. Tot grote conflicten tussen tandartsen en ziekenfondsen komt het echter niet meer.

Mankrachtproblematiek

Reeds voor de Tweede Wereldoorlog krijgt het mankrachtprobleem aandacht; maar vanaf ongeveer 1960 komt een intensieve discussie op gang over deze kwestie. Waren er in 1916 500 tandartsen voor circa 6,5 miljoen inwoners, in 1957 zijn er 2000 tandartsen voor 11 miljoen mensen. Sommigen pleiten voor meer tandartsen. Anderen berekenen dat ook met de opening van twee nieuwe opleidingen het 25 jaar duurt voordat het aantal tandartsen op peil zal zijn gebracht. Onder druk van de toenemende zorgvraag worden in de jaren zestig drie nieuwe tandheerkundige faculteiten geopend waardoor het aantal tandartsen snel stijgt. Door het in korte tijd op de markt

komen van veel jonge tandartsen treden aan het eind van de jaren zeventig de eerste spanningen op bij de vrije vestiging. Op basis van het in 1983 verschenen en veel gekritiseerde rapport van de Adviescommissie Opleiding Tandheerkunde en onder druk van dreigende werkloosheid onder tandartsen besluit de minister van Onderwijs in de jaren tachtig de twee oudste faculteiten (Utrecht en Groningen) te sluiten, de twee Amsterdamse samen te voegen en de Nijmeegse opleiding in omvang sterk te beperken. In 1990 zijn er 6200 tandartsen actief bij een bevolking van bijna 15 miljoen.

In de discussie over het mankrachtprobleem neemt ook de rol van hulpkrachten een belangrijke plaats in. Al vanaf de jaren twintig zijn er debatten over de wenselijkheid om naast de tandartsassistent en tandtechnicus nieuwe tandheerkundige medewerkers op te leiden. Algemeen heerst het inzicht dat prioriteit moet worden gegeven aan de jeugd en de preventie. Daarbij komt de 'vrouwelijke hulpkracht' in beeld, en wel in twee gedaanten: de 'dental hygienist' en de 'dental nurse'.

Voor de laatste, benoemd als school-, kleuter- of kindertandverzorgster, de 'juffrouw met de boor', houdt velen bezig. Er wordt gewezen op het succes in Nieuw-Zeeland, waar zij al lang tot tevredenheid functioneren. De NMT vreest onbevoegde toepassing van de verworven kennis door de hulpkracht. Tegengeworpen wordt dat het hier vrouwelijke hulpkrachten betreft en dat onbevoegd werken voornamelijk een mannenzaak is. Anderen vrezen verlagening van het niveau van de tandheerkunde of betwijfelen of de 'meisjes' wel alle hoeken van het land in zullen trekken. Een enkeling meent dat met curatieve medewerkers het paard achter de wagen wordt gespannen en dat daadwerkelijke preventie in de praktijk moet worden nagestreefd.⁷ In 1964 kiest de staatssecretaris voor de mondhygiënist. Tussen 1968 en 1973 worden vier opleidingen tot mondhygiënist gestart. Ook worden enkele experimenten uitgevoerd met een opleiding tot kindertandverzorgster. Met de afkalving van de georganiseerde jeugdtandverzorging verdwijnt echter het draagvlak voor deze hulpkracht.⁸ Voor velen onverwacht en tegen de adviezen in van de universitaire instellingen en de beroepsorganisatie wordt in 1990 wel de tandprotheticus door de overheid erkend als zelfstandig werkend beroepsbeoefenaar.

Inbreng van de gedragswetenschappen

In de loop van de jaren zestig wordt in brede kring duidelijk dat de preventieve activiteiten tot dusver niet bijster veel resultaat hebben opgeleverd en dat verbetering slechts mogelijk is indien het gedrag en

de attitude van de patiënt ten aanzien van het gebit worden beïnvloed. Tot dan leek het idee te heersen dat de omgang met patiënten en de daarmee samenhangende problematiek kwesties waren van gezond verstand, die men alleen door praktijkervaring zou kunnen leren.

Het besef groeit dat voor beïnvloeding van menselijk gedrag in relatie tot de mondgezondheid toepassing van inzichten uit de sociale wetenschappen nodig is. De gedragswetenschapper krijgt regelmatig ruimte in de kolommen van het Tijdschrift. Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (TGVO) krijgen dan ook veel aandacht. Hierbij valt op dat voorlichting niet meer wordt gezien als een louter op preventie gerichte activiteit, maar dat informatieverstrekking aan de patiënt en het hulp bieden bij diens menings- en besluitvorming als steeds belangrijker wordt beschouwd. Men gaat rekening houden met het verschijnsel van de mondige burger. In het tandheelkundig onderwijs doet training in communicatie en gespreksvoering zijn intrede.⁹ Ook angst voor tandheelkundige behandeling wordt een belangrijk thema – en is dat nog steeds. Daarbij wordt de (aanstaande) tandarts duidelijk gemaakt dat zijn eigen gedrag, beïnvloed door waarden en normen, van belang is voor de effectiviteit van zijn handelen.

Geleidelijk verandert het denken over gebitsgezondheid en de rol van de tandarts daarbij. Het 'medisch model' wordt verlaten. Hierbij wordt de tandarts gezien als verantwoordelijke voor de gezondheid van de patiënt. Op basis van zijn diagnose wordt zijn verdere handelen afgeleid, dat primair is gericht op curatie. Ervoor in de plaats komt het 'positieve gezondheidsbegrip'. Daarbij draagt de patiënt een grote eigen verantwoordelijkheid. Hoe deze verantwoordelijkheid precies moet worden opgevat is overigens niet altijd duidelijk. Gewezen wordt op het belang van een goede tandarts-patiëntrelatie waarbij de tandarts als hulpverlener zoveel mogelijk rekening moet houden met de hulpvraag en de wensen van de patiënt. Preventie staat voorop in de zin van het scheppen van zoveel mogelijk kansen op gezondheid.¹⁰ De patiënt komt steeds meer centraal te staan in de tandheelkundige gezondheidszorg. Patiëntenrechten worden onderwerp van discussie.

Sociaal-tandheelkundig onderzoek

In de jaren zestig en zeventig komt de sociale tandheelkunde als wetenschapgebied tot ontplooiing. Het sociaal-tandheelkundig onderzoek ontwikkelt zich sterk. Overigens wil dat niet zeggen dat er vroeger geen onderzoek plaats vond. Bekend zijn bijvoorbeeld de overzichten van de schooltandverzorgingsdiensten uit de jaren

twintig en dertig waarin melding wordt gemaakt van aantallen aangetaste, gevulde en gefractureerde melkelementen. Tegenwoordig noemen wij dit epidemiologische gegevens. Het onderzoeksterrein van de sociale tandheelkunde is echter breder. Het kan globaal worden onderscheiden in gedragswetenschappelijk onderzoek, epidemiologie en operationele research.¹¹

Gedragswetenschappelijk onderzoek analyseert menselijk gedrag. In het Tijdschrift wordt veel aandacht besteed aan de effectiviteit van TGVO, aan het onderwerp angst en aan de relatie tussen sociaal-wetenschappelijke factoren en gebitsbewust gedrag. Epidemiologisch onderzoek richt zich op de prevalentie en incidentie van mondziekten en de oorzaak van verschillen daarin tussen groepen en individuen. Een voorbeeld is het thans al klassieke, in Tiel en Culemborg uitgevoerde, onderzoek naar de effecten van de drinkwaterfluoridering, dat liep van 1952 tot 1968. Een ander voorbeeld is het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde uit de jaren tachtig. De operationele research richt zich op het functioneren van het systeem van tandheelkundige gezondheidszorg. Op dit terrein is bijvoorbeeld onderzoek verricht naar het functioneren van kindertandverzorgsters,¹² de werkwijze van tandartsen¹³ en de effecten van wijzigingen in het zorgsysteem volgens een computersimulatiemodel.¹⁴

Het sociaal-tandheelkundig onderzoek heeft de afgelopen decennia een bijdrage geleverd aan vergroting van het inzicht in de ontwikkeling van de mondgezondheid van de bevolking en aan het signaleren van knelpunten in de zorg. Voorbeelden zijn de gebitsgezondheid van de jeugd en later de toegankelijkheid van de zorg voor groepen

allochtonen en angstige patiënten. Voorts is meer inzicht verkregen in de doelmatigheid van tandheelkundig handelen en zijn, op basis van dit onderzoek, aanbevelingen gedaan voor verbetering van de zorgverlening.

Besluit: verleden en toekomst

Bij de beschouwing van honderd jaar sociaal-tandheelkundig denken blijkt dat belangrijke doelstellingen uit de beginperiode van deze discipline thans nog recht overeind staan. De sociale tandheelkunde zag en ziet het als haar taak te wijzen op problemen in de de mondgezondheid van de bevolking en om aan te geven langs welke weg verbetering moet worden bereikt. In concreto wordt aan jeugdzorg prioriteit toegekend, wordt het grote belang erkend van regelmatige controle en onderhoud van het gebit en zijn steunweefsels en wordt de betekenis van voorlichting benadrukt. Het preventieve denken heeft algemeen ingang gevonden.

Er zijn problemen die zich herhalen, die met regelmaat terugkeren, bijvoorbeeld de mankrachtproblematiek, de kwestie van de hulpkrachten en de financiering van de zorg. Toch zijn er in de afgelopen honderd jaar ook aanzienlijke veranderingen opgetreden, alleen al in kwantitatieve zin. Werden rond de vorige eeuwwisseling sociaal-tandheelkundige denkbeelden slechts door een enkeling naar buiten gebracht, thans heeft het sociaal-tandheelkundig denken een vaste plaats verworven, niet alleen in de tandartspraktijk maar ook op beleidsniveau. Mede door de inbreng van de sociale wetenschappen is het arbeidsveld van deze discipline verbreed. De tandarts heeft zich in deze honderd jaar ontwikkeld van een vooral technisch werkend vakman tot een hulp- en dienstverlener waarbij aan de inbreng van de patiënt steeds meer waarde wordt gehecht.

Voorts is, na de academisering van het tandheelkundig onderwijs in 1947, het sociaal-tandheelkundig, vaak multidisciplinair onderzoek goed van de grond gekomen. Verwacht mag worden dat in de toekomst een uitbouw zal plaatsvinden van vooral toegepast onderzoek, gericht op de doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorgverlening. De aandacht zal vooral gericht zijn op nauwkeuriger risicoschatting bij de patiënt, waardoor een meer specifieke, op het individu gerichte diagnose kan worden gesteld. Daarnaast zal vanuit de sociale tandheelkunde een wezenlijke bijdrage kunnen worden geleverd aan de vergroting van het inzicht in de doelmatigheid en effectiviteit van alternatieve therapieën op korte en lange termijn, zodat bijvoorbeeld de behandelingsplanning beter kan worden onderbouwd. Ook zal steeds meer behoefte ontstaan aan inzicht in de ontwik-



Een door de Stichting Goed Gebit (Amsterdam) voor haar publiciteitscampagnes gebruikte affiche in het jaar 1974. (Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 104.)

keling van vraag naar en aanbod van zorg, en de invloed daarop van substitutie, beroepsdifferentiatie en financieringssysteem.

In de toekomst zal steeds meer rekening moeten worden gehouden met de wensen van de mondige burger. De voorlichting aan individu en publiek zal steeds meer een wezenlijk onderdeel worden van de totale behandeling. De tandarts zal nadrukkelijker worden geconfronteerd met vragen als: Hoe veel omvattend en hoe ingrijpend moet de tandheelkundige zorgverlening zijn? en: Hoe ver moet de inbreng van de patiënt gaan? Dit zijn vragen met een ethische dimensie, waarop de zorgverleners in samenspraak met patiënten en verzeerders een antwoord moeten vinden. Deze problematiek kan niet worden opgelost, maar wel scherper worden omschreven en met hardere argumenten besproken op basis van de resultaten van onderzoek.

Het duurt vaak lang voordat vanuit de sociale tandheelkunde verkregen inzichten worden gerealiseerd. De door Witthaus in 1903 beschreven taak blijft ook in 1993 en daarna recht overeind staan.

Literatuur

- ¹SCHAUB RMH. Sociale tandheelkunde; van ethiek tot wetenschap. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 246-51.
- ²WITTHAUS C. Sociale vraagstukken. Tijdschr Tandheelkd 1903; 10: 147-69.
- ³VAN ANDEL WL. Tandheelkundige volksvoorziening. Tijdschr Tandheelkd 1923; 30: 753-74.
- ⁴KANTOROWICZ. De systematische mondbehandeling der schooljeugd. Tijdschr Tandheelkd 1925; 32: 482-502.
- ⁵TEKENBROEK JN. De tandheelkundige aspecten van het Ziekenfondsbesluit. Tijdschr Tandheelkd 1941; 48: 759-63.
- ⁶REDACTIE. Patiënt, tandarts, ziekenfonds. De laatste kans. Tijdschr Tandheelkd 1957; 64: 292-4.
- ⁷VAN ERPN AKM. Enige sociaal-tandheelkundige aspecten der jeugdverzorging. Tijdschr Tandheelkd 1961; 68: 392-9.
- ⁸BURGERSDIJK RCW, BRONKHORST EM. Vraag en aanbod in de tandheelkunde: 1961-1991. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 326-8.
- ⁹EIJKMAN MAJ. Een practicum gespreksvoering voor tandheelkundige studenten. Ned Tijdschr Tandheelkd 1974; 81: 95-103.
- ¹⁰SCHAUB RMH. Een beschouwing over het begrip gezondheid. 1. Opvattingen over gezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 1980; 87: 332-6.
- ¹¹RUIKEN HHM. Sociaal-tandheelkundig onderzoek: functie en betekenis voor de opleiding tot tandarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 447-51.
- ¹²BURGERSDIJK RCW, VAN AMERONGEN WE. Kindertandverzorgsters in kleuter- en schooltandverzorging. Ned Tijdschr Tandheelkd 1980; 87: 277-82.
- ¹³MILEMAN PA, BOUMA J, VAN DER WEELE LT, ESPELID I, PURDELL-LEWIS DJ, VAN DE POEL ACM. Het nemen van behandelbeslissingen met behulp van bitewing-röntgenfoto's door Nederlandse tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 368-73.
- ¹⁴TRUIN GJ, PLASSCHAERT AJM, NIJLAND GO. Het gebruik van onze kennis ten dienste van het beleid in de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 1983; 90: 272-7.

Bladvulling

Bij Mouton & Co, te 's Gravenhage is verschenen:

De Geschiktheid der Vrouw

VOOR DE

uitoefening der geleerde beroepen.

beschouwd door

TANDHEELKUNDIGEN.

Prijs *f* **0.50**

Bij alle boekhandelaren verkrijgbaar.

(Bron: Tijdschr Tandheelkd 1899; 6: afl. 5.)

In de hoofdstad eener Provincie is, wegens voorgenomen huwelijk, over te nemen, de drukke, wel gevestigde en sedert 1895 uitgeoefende

Praktijk, eener Dame-Tandarts.

Lett. S. L., Bureau uitgevers dezes.

(Bron: Tijdschr Tandheelkd 1903; 10: afl. 3.)