

Enkele beschouwingen rondom de praktijk van schooltandverzorging *)

door H. D. Eisink

Mij is verzocht een onderdeel der tandheelkunde, dat al jaren ons aller belangstelling heeft, maar nog weinig practisch wordt toegepast, te behandelen, n.l. de preventieve tandheelkunde.

Beter dan van preventieve tandheelkunde en kleuter- en schooltandverzorging kan men van volkstandheelkunde spreken als onderdeel van het grote geheel der sociale voorzieningen.

Evensals de preventieve geneeskunde (men denke aan doorlichting der longen voor het opsporen van de eerste symptomen van een tuberculeuze haard) heeft ook de preventieve tandheelkunde vele moeilijkheden te overwinnen, om voor het gehele volk zijn nut af te werpen. Doorvoering daarvan vereist o.a. een grote mate van bereidwilligheid van de tandarts en een sterk ontwikkeld sociaal gevoel.

Over die moeilijkheden zal ik hier niet uitweiden, doch mij bepalen tot de wijze waarop de preventieve tandheelkunde moet worden uitgevoerd en hoe ze reeds, op bescheiden schaal in de praktijk toegepast, heeft bewezen het juiste middel te zijn om de deplorabele gebitstoestand in ons land te verbeteren.

Men kan de bemoeiingen der preventieve tandheelkunde in vijf delen splitsen:

1. De zorg voor het groeiende embryo en de baby tot twee jaar.
2. De kleutertandverzorging van twee tot zes jaar.
3. De schooltandverzorging van zes tot veertien jaar.
4. De ziekenfonds- en de particuliere behandeling, in aansluiting op de schooltandverzorging.
5. De orthodontische behandeling, die het geheel als het ware overkoepelt, van vier tot achttien jaar.

Deze indeling is niet willekeurig; het onder 1 genoemde ligt op het terrein van de medicus, speciaal de vrouwen- en kinderarts, terwijl 2. de kleuterverzorging meer propagandistisch dan daadwerkelijk zal moeten worden aangepakt, want kleuters zijn niet in groepsverband te behouden, behoudens ten dele wellicht in de kleuterscholen. Het sociale aangrijpingspunt der tandheelkunde is gelegen in 3, de schooltandverzorging. 4 is het gevolg van 3, terwijl 5. de orthodontische behandeling een hoogst belangrijk onderdeel vertegenwoordigt dat tijdens de kleuter- en schooltandverzorging moet worden verzorgd in centra op advies van kleuter- of schoolarts. Het belang van het vroegtijdig herkennen van afwijkingen in de normale stand der elementen is ons genoegzaam bekend.

Het onder 1 genoemde deel wil ik hier niet bespreken, alleen erop wijzen, dat de conserverende behandeling, als het enige tot nu toe bekende bestrijdingsmiddel der caries — of zou het misschien de fluor worden? — vóór het tweede levensjaar niet behoeft te worden toegepast. De grote speekselafscheiding en de ruimten tussen de diverse melkelementen zorgen wel voor een natuurlijke reiniging en voorbehoeding tegen caries.

Ongeveer op tweejarige leeftijd is het melkgebit geheel aanwezig. Dan wordt een halfjaarlijkse inspectie gewenst om de dan opgespoorde caviteiten en glazuurdefecten (overigens weinig aanwezig in melkmolaren) te vullen. Als materiaal hiervoor kunnen dienen: zilveramalgaam, koperamalgaam, steencement en inlay's (de laatste alleen in de particuliere praktijk).

Komt een kleuter elk half jaar onder behandeling, wordt voorts de tandenborstel goed gebruikt, vooral 's avonds vóór het slapen gaan en krijgt het kind niet een snoepje mee naar bed (voor dit alles is de moeder verantwoordelijk), dan is bij 90 %

*) Voordracht gehouden in de vergadering van de Ver. v. Ned. Tandartsen op 16 September 1947.

der kinderen het melkgebit in stand te houden, tot het op de natuurlijke wijze uitvalt.

De resterende ongeveer 10 % kan men rangschikken onder de jonge individuen met een grote vatbaarheid voor caries. Door deze periodieke controle voorkomt men een deel der afwijkingen in de normale stand van het blijvende gebit, en terwijl ook de caries-frequentie in de blijvende elementen gunstig wordt beïnvloed.

Ik moet er echter op wijzen, dat kleuterbehandeling alleen goed is door te voeren buiten aanwezigheid van de moeder, die in de wachtkamer wordt achtergelaten. Wanneer bij het kind de eerste blijvende molaar verschijnt is ook ongeveer het tijdstip voor schoolbezoek aangebroken; coincidentie, zich uitstrekkend over de gehele tandwisseling die het denkbeeld der gebitsverzorging in de school heeft doen ontstaan. Elk half jaar wordt nu daar het gebit geïnspecteerd en eventueel glazuurdefecten en kleine caviteiten gevuld. De meeste carieuze aantastingen zijn tot het negende jaar occlusale caviteiten in de eerste molaren, waarbij extension for prevention wordt toegepast, waarbij de fissuren niet te diep worden uitgeboord. Als maatstaf geldt: niet dieper dan de kop van een omgekeerd conische boor nr. 4. Langzaam boren, zo min mogelijk pijn doen, dus veel nieuwe boren gebruiken. Vullen met zilveramalgaam (koperamalgaam slijt te veel uit), polijsten is m.i. onnodig; de occlusale vullingen worden door de kauwactie voldoende glad geschuurd. De vrijwel chronisch-carieuze tweede melkmolaren dienen distaal te worden bijgeslepen ter voorkoming van caries aan de mesiale zijde der eerste molaren.

Men behandel zo spoedig mogelijk, stelle het niet een half jaar uit; het zou kunnen zijn dat het kind niet of niet meer op school is. Men kan zeggen, dat bij een goede schooltandverzorging in beginsel een excavator overbodig is, d.w.z. een caviteit mag men niet zo groot laten worden, dat verwijdering van verweekt dentine noodzakelijk is.

Van negen tot dertien jaar komen er dan, zij het in mindere mate, de caviteiten in incisieven, praemolaren en tweede molaren bij. De snijtanden worden gevuld met een stencement, ook wel eens met zilveramalgaam, indien dit niet zichtbaar is. (Ook wel eens labiaal in nogal veel voorkomende „onverzorgde” monden). Silikaat cement in kinderincisieven met een nog grote pulpa leidt bijna altijd tot pulpitis en gangraenvorming. Het verdient aanbeveling om bij de behandeling steeds twee of drie kinderen, die daarna aan de beurt komen, aanwezig te laten zijn. Dit vergemakkelijkt het werk ten zeerste. De kinderen houden zich voor elkaar groot en zien dat er niets ernstigs gebeurt. Nooit extraheren in de school! Bloed is voor kinderen een angstaanjagende vloeistof. Aldus is in vogelvlucht de behandeling van het kind. Op de orthodontische behandeling, die in schoolverband toch niet doorgevoerd kan worden ga ik hier niet nader in.

Het is zonder meer duidelijk, dat een doeltreffende behandeling in ziekenfondsverband dient aan te sluiten op schooltandverzorging, alleen dan is er uitzicht om van de verwaarloosde gebitten af te komen. In dit verband doet het vreemd aan, dat onze Regering ruim tweehonderd tandartsen oproept om een betrekkelijk kleine groep Nederlanders van ongeveer twintig jaar te saneren, een taak die tot de onmogelijkheden behoort. Het zou logischer en effectiever zijn tweehonderdvijftig tandartsen 's morgens naar de lagere scholen te sturen.

Hier volgen enige bevindingen uit de praktijk van kleuter- en schooltandverzorging. In ons land zijn enkele kleutertandverzorgingen o.a. in Den Haag, waar in drie centra ongeveer zeshonderd kleuters regelmatig worden behandeld. De resultaten zijn zeer gunstig, aangetoond is, dat de melkgebitten in stand zijn te houden. Als ongunstige factor blijft echter, dat het niet mogelijk is alle kleuters in groepsverband te bereiken. Hier zal de propaganda te hulp moeten komen. (Ivoren Kruis); wie weet verschijnt dan over twintig jaar de helft der kleuters op moederlijk initiatief bij de tandarts.

Het sociale zwaartepunt van de volkstandheekunde ligt echter in de lagere school. Het is dan ook verheugend, dat sinds enige jaren overheidsorganen, regering en gemeentebesturen, het nut hiervan zijn gaan inzien en gaarne schooltandverzorging zouden zien ingevoerd. Het tekort aan tandartsen is echter een grote handicap. Een noodoplossing, althans in de steden boven de twintigduizend inwoners zou echter

kunnen zijn het toewijzen van ongeveer drie scholen aan iedere tandarts, te behandelen met eigen instrumentarium. Dan zouden ongeveer over tien jaar in totaal tweehonderdvijftig jongere collega's dit werk moeten overnemen.

Tenslotte enige ervaringen en cijfers van de schooltandverzorging in Arnhem, die daar vijftien jaar heeft bestaan en sinds de bevrijding bij gebrek aan uitrusting en tandartsen is opgeheven. De resultaten waren zeer goed. Nu nog zie ik herhaaldelijk jonge mensen met zilveramalgaamvullingen der school. Naar schatting twintig procent is dental minded geworden. Velen komen echter pas weer bij de tandarts als de kiespijn daartoe dwingt en dus te laat. De fout ligt hier niet bij de schooltandverzorging, maar bij eigen laksheid en tevens bij het gebrek aan nazorg, d.w.z. ziekenfondsbehandeling in aansluiting op de schooltandverzorging met halfjaarlijkse controle. Van de 52 scholen waren er 50 aangesloten. Van 4 procent gaven de ouders geen toestemming voor behandeling; drie procent had zelfs voor schooltandverzorging een te zwak gebit. Van de 9000 kinderen waren er per jaar slechts twee of drie wegens weerbaarheid niet te behandelen. Per jaar werden er 5 à 6000 vullingen gelegd. Twee scholen waren niet aangesloten om principiële redenen; het schoolbestuur achtte het de plicht der ouders om zelf hun kinderen tandheelkundig te laten verzorgen. Inderdaad een standpunt, maar wat komt er vaak van terecht? In 1943 heb ik op een dezer scholen het hoofd gevraagd de gebitten der kinderen uit de zesde en zevende klas eens te mogen bekijken. Sonde en spiegel waren verboden artikelen en zodoende heb ik alleen van de twee eerste molaren uit de onderkaak een indruk kunnen vastleggen.

Ziehier het resultaat:

76 kinderen, dus 152 molaren.

Geëxtraheerd 17, te extraheren 48.

Te conserveren, caries media (geen sonde) 43.

Gaaf, d.w.z. op het oog gaaf: 41.

Gevuld: 3.

Dus 42 procent was verloren en 28 procent binnen één jaar verloren. Die drie vullingen telde ik bij twee kinderen die van een andere school waren gekomen, waar wel een schooltandarts was geweest. Een voorbeeld wat er van ouderplicht ten deze terecht komt!

Een voordeel van schooltandverzorging over het hele land is ook het verzamelen van een groot statistisch materiaal. Men kan dan ten minste enige indruk krijgen van de cariesfrequentie in de verschillende streken en de mogelijke oorzaken van eventuele verschillen in de frequentie naspeuren. Een statistiek met wetenschappelijke waarde werd in 1944 in Arnhem samengesteld; deze is helaas door de oorlogshandelingen verloren gegaan. Uit mijn herinnering kan ik nog wel mededelen, dat het aantal vullingen in 1944 in de eerste klasse 47 % minder was dan in 1940, wat zonder enige twijfel kon worden toegeschreven aan het minder snoepen der kinderen in de tussenliggende jaren.

De statistische gegevens over het gehele land, waar ik zojuist op doelde, kunnen te zijner tijd ook licht verschaffen over het z.g. aangeboren glazuurdefect (niet volgroeiende fissuren). Ik voor mij betwijfel het bestaan ervan. Herhaaldelijk heb ik een doorkomende M₁ of M₂ afgetast met de sonde en dan tussen de reeds doorgekomen mediale knobbels een „glazuurdefect” geconstateerd en tussen de nog onder 't tandvlees zich bevindende knobbels niet. Zouden de spijsresten dan mesio-occlusaal al hun funeste inwerking hebben uitgeoefend? Het is ook merkwaardig, dat men bij 't openboren van een glazuurdefect minder weerstand ontmoet dan bij een verkleurd carieuze fissuur, hetgeen op een verwerking zou wijzen van het dentine.

Ik hoop hiermede een indruk te hebben gegeven van het zo eenvoudige, maar zo uiterst nuttige werk der kinderbehandeling.

Mij persoonlijk heeft het veel voldoening gegeven 10 jaar schooltandarts te zijn geweest. Wij tandartsen mogen op dit gebied niet rusten, voordat in 't gehele land schooltandverzorging is ingevoerd. Deze vormt het onmisbare fundament waarop het gebouw van de sociale tandheelkunde moet worden opgetrokken.