

MEER WERKELIJKHEIDSZIN

Wanneer men zich rekenschap geeft van de welhaast klassiek geworden organisatievorm voor de gebitsverzorging van het kind, dan bestond tot voor kort geen verschil van mening over de onvervangbare waarde van de school als middel om de gehele jeugd voor deze sociaal-hygiënische doelstelling te bereiken. De omstandigheid bovendien dat de geleidelijke in-functie-treding van het blijvende gebit zich geheel voltrekt binnen de leeftijdsperiode waarin het kind wettelijk gebonden is aan de school, verleent uit gebitsconserverings-oogpunt aan de schooltandverzorging een onaantastbare plaats in het kader der sociale gezondheidszorg.

Met name het samenvallen van de doorbraak van de niet zelden met typische structuurgebreken behepte eerste blijvende molaar, met de intrede in het schoolverband, biedt gelegenheid om tijdig en op eenvoudige wijze dit centrale gebitselement voor carieus verval te behoeden door de predilectieplaatsen: de fissuren, in het beginstadium te behandelen. De periodieke contrôle houdt over het geheel de voorwaarden in om met elementaire middelen, d.w.z. technisch-ongecompliceerde bewerkingen een vorm van gebitsconservering te bedrijven die, hoewel in wezen curatief, men gevoeliglijk met het epitheton preventief mag betitelen.

In het geheel van voorzieningen met betrekking tot de sociale gezondheidszorg zou op die grond alleen al aan de schooltandverzorging boven andere sociaal-tandheelkundige hulpverlening prioriteit moeten worden verleend. De tijd en energie daaraan besteed, zouden immers een nuttig rendement kunnen opleveren dat ver uitgaat boven de in het Ziekenfondsenbesluit geregelde vormen van tandheelkundige verstrekkingen aan alle andere leeftijdsgroepen der bevolking.

Intussen doet zich, mede als gevolg van de bestaande spanning tussen vraag naar en aanbod van tandheelkundige hulp, de omstandigheid voor dat de allerwege aangemoedigde stichting van schooltandverzorgingsdiensten grote moeilijkheden ondervindt bij het aantrekken van gegadigden voor de functie van schooltandarts. Een tweede complicatie die zich daarbij aansluit, is de tewerkstelling van een functionaris, die in zich de uiteenlopende eigenschappen verenigt welke een goed schooltandarts dient te bezitten en van wie door zijn werk en optreden een propagandistische invloed kan uitgaan op de dental mindedness van de ouders en, voor zover mogelijk, op het kind, het volkkind in het bijzonder.

Dat de geschiktheid voor dit werk niet verondersteld mag worden in potentie aanwezig te zijn bij elke tandarts, die zich hiervoor beschikbaar stelt, is genoegzaam gebleken uit de enquête-1951 inzake de resultaten van de schooltandverzorgingsdiensten. Wanneer daaruit alleen wordt aangestipt, dat het aantal zg. weerspanningen varieerde van 1 pro mille tot 14 per honderd schoolkinderen, of bij minder extreme waarden van 1 à 2% tot 10 à 12%, dan behoeft het geen verdere uitleg dat lang

niet iedere tandarts, afgezien van zijn overige beroepskwaliteiten, over het vermogen beschikt om de voor kinderen uiteraard weinig aangename behandeling zonder kritieke stoornis of reacties te laten verlopen. Ook de divergentie in het aantal „weigeraars”, zomede het percentage der extracties (van nul tot 15%) en dat van de verwijzingen naar de eigen tandarts ten opzichte van het aantal bij de schooltandverzorging zelf gelegde aantal vullingen, (variërend van 0 tot 88%) toont evenzeer aan in welke mate er tandartsen zijn die het aanvoelingsvermogen missen voor wat de geestelijke instelling en plichtsopvatting voor een schooltandarts dient te zijn. Zonder aan bewuste plichtsverzaking te denken zal men een en ander mogen toeschrijven aan de neiging om zich te onttrekken aan de specifieke moeilijkheden in de tandheelkundige omgang met kinderen. Van deze laatste leggen getuigenis af de gevallen voor de politierechter, waaruit blijkt hoe de behandeling van kinderen in en buiten schoolverband conflictsituaties in het leven kan roepen bij personen, wier emotionaliteit en zelfbeheersing tegen de omstandigheden niet opgewassen bleken.

Men behoeft in het geheel niet de staf te breken over hen, die voor het inspannende werk van de schooltandverzorging kennelijk niet de tact, het geduld en de ogenschijnlijk zachte hand bezitten; het harde feit laat zich niet loochenen dat niet zo heel weinigen er ongeschikt voor zijn.

Er is echter de laatste tijd een stelselmatig streven gaande om het voor te stellen alsof het tekort in de resultaten der schooltandverzorging inhaerent zou zijn aan de behandeling in of nabij de school. Zelfs deinst men er niet voor terug om het systeem in discrediet te brengen door het te bestempelen als ondemocratisch (!), gebaseerd op dwang, met als resultaat: „teleurstelling, narigheid en complicaties” *) en bovendien in strijd met het principe van de vrije keuze (van de ouders, wel te verstaan, niet van het kind). In dit verband wordt de vertrouwens-, ja zelfs de gevoelsbinding tussen de tandarts en de ouders beschouwd als de enige juiste basis waarop het schoolkind in de goede psychische relatie tot de tandarts zonder spanningen kan worden behandeld. Van zijn kant zou dan de „gezinstandarts” materieel gestimuleerd worden door de beloning op basis van de verrichting en de prikkel om het kind ook op lange termijn aan zich te binden („zijn toekomstige patiënt”).

Hoe idyllisch deze voorstelling ook moge aandoen, het bewijs van gelijke of meerdere efficiëntie dient nog met statistische gegevens te worden geleverd. Er is gegronde reden om aan te nemen dat bij uitgebreide toepassing van scheiding tussen inspectie en behandeling veel kinderen van ongeïnteresseerde ouders deze behandeling niet deelachtig zullen worden. **) Eigener beweging zullen deze kinderen bij hun nalatige ouders zeker niet op behandeling aandringen. De schoolbehandeling houdt volgens Scherphuis, aan wie uitgebreide ervaring zeker niet kan worden ontzegd, ten volle rekening met de psychologie

*) Med. Bl. Januari 1954.

**) In Hengelo naar schatting 10% Med. Bl. Nov. 1952.

van het kind, dat zich — zo zegt hij — collectief gemakkelijker onderwerpt aan onaangename ingrepen dan individueel. *)

Het kan niet anders of in de geschriften, waarin de behandeling van het schoolkind door de „gezinstandarts” wordt gepropageerd, vindt men het psychologische aspect van de gebitsverzorging wel genoemd. Maar ook niet meer dan dat, want als men zou willen vernemen wat hieronder moet worden verstaan, dan zoekt men tevergeefs naar een nadere verklaring. Zo wordt in het kortelings (Januari 1954) verschenen Rapport van de Maatschappij betreffende de tandheelkundige verzorging van de jeugd, met betrekking tot de taak van de behandelende tandarts, de daarin gestelde vraag: „Wat is psychologisch verantwoord?” eenvoudig zonder commentaar gelaten. Het is als de kat om de hete brij, maar het behoeft geen betoog dat het praktische resultaat van de gebitsverzorging van het schoolkind ten nauwste samenhangt met een zich rekenschap geven van wat met die vraag wordt bedoeld.

Dit alles is van doorslaggevende importantie wanneer men de gebitszorg ook wil gaan uitstrekken over de jeugd vóór de schoolplichtige leeftijd. Gezien de uit een oogpunt van gebitsgezondheid beperkte doelstelling van de schooltandverzorging — immers zij betreft in haar bemoeiingen niet de melkelementen — is het tandheelkundig gezien alleszins verklaarbaar dat men de kleuters wil trachten te bereiken op een tijdstip waarop, in theorie althans, met technisch eenvoudige maatregelen de instandhouding van het melkgebit kan worden nagestreefd. Ook hierbij zal men niet met gebitshygiënische adviezen alleen kunnen volstaan zonder zekere manipulatieve verrichtingen, die men desnoods als preventieve maatregelen kan betitelen, doch in het verloop der opeenvolgende controles niet zelden het karakter van tandheelkundige behandeling zullen aannemen. Zonder deze zou de kleutertandzorg in de vorm waarin zij gepropageerd wordt, haar doel missen.

Voor deze kleutertandzorg heeft men — in abstracto — een stelsel opgebouwd waarmede de verwachting wordt gewekt dat — met inachtneming van de organisatorische moeilijkheden — (o.m. gebrekkige bereikbaarheid der kleuters in tegenstelling tot het lagere-schoolkind) het gestelde doel zo goed mogelijk kan worden benaderd.

Hoeveel waardering men moet hebben voor de wens om het jonge kind het behoud van zijn melkgebit te verzekeren, zo doemt tezelfder tijd in nog veel sterkere mate dan bij de schooltandverzorging de vraag op hoe men daarvoor de nodige tandartsen zal kunnen animeren, die dit werk ligt. Want al vooronderstelt reeds de schooltandverzorging eigenschappen, die lang niet iedere ervaren practicus de zijne zal noemen, in nog veel sterkere mate geldt dit wanneer het er op aan komt de manipulatieve behandeling bij de kleuter in voor hem aanvaardbare vorm uit te voeren. Van het schoolkind mag men aannemen dat het door zijn contacten met klasse- en schoolgenoten geleidelijk steeds meer wordt getraind om moeilijkheden, waarvoor het komt te staan, het hoofd

*) Med. Bl. Nov. 1952.

te bieden; bij de kleuter is dit geenszins het geval, afgezien van het feit dat elk (vruchteloos) beroep op zijn eigenbelang niet het minste effect sorteert. Hoe men de zaak ook wendt of keert, elke vorm van instrumentele behandeling wekt in de meeste gevallen vrees, maar daarnaast onlustgevoelens die de vrees rechtvaardigen, althans versterken en waaraan hij door algeheel gemis aan zelfbeheersing tracht te ontkomen. Deze „vluchtreactie” openbaart zich gewoonlijk, zoal niet in weerbarstigheid of openlijk verweer, dan toch vaak in de vorm van instinctief of onbewust lijdelijk verzet door allerlei afweerbewegingen, welke uiteraard grote aandachtsconcentratie en beheerstheid in manipulatie en optreden verlangen om de behandeling tot een redelijk einde te brengen. Ook al wint de opvatting veld dat aan de verrichtingen bij het kleine kind niet altijd de gangbare kwalitatieve eisen behoeven te worden gesteld, dan nog kenmerkt de kleuterbehandeling zich door een geheel eigen problematiek. Het zal in elk concreet geval van de „tact” van de tandarts afhangen wat hij kan bereiken, maar niettemin is altoos een groot deel van de behandelingsduur gemoeid met overreding, in welke vermomming ook.

Het een zowel als het ander, gericht op een bij voorbaat onzeker succes, vergt een psychische spanning en opbod van energie welke niet elke tandarts in staat of bereid is op te brengen, zulks te meer naar mate hem de flair ontbreekt om de kleuter te „vangen”. Lang niet ieder, afgezien van de kunst om met kinderen te kunnen omgaan, beschikt over „unerschütterliche Ruhe, Nervenkraft und die Fähigkeit auf die Psyche des Kindes einzugehen” (Tholuck)*), wanneer hij, denkende aan de bezette wachtkamer, geconfronteerd wordt met inadaequate reacties op basis van verwachtingsangst of weerbarstigheid in het vooruitzicht op de verwachte manipulaties.

Zo althans kan de „aversie van de tandarts tegen de kinderbehandeling” worden verklaard, welke Prof. J. G. de Boer als een der oorzaken beschouwt van de „schrikbarende verwaarlozing” van het kindergebitt**).

In aanmerking genomen het tekort aan tandartsen voor de gehele tandheelkundige voorziening en de bestaande moeilijkheid om alleen al voor de schooltandvoorziening voldoende en capabele functionarissen bereid te vinden, mag niet stilzwijgend worden aangenomen dat automatisch op voldoende medewerking van de zijde der tandartsen, zelfs bij invoering op beperkte schaal, kan worden gerekend.

Dit zo zijnde, rijst de vraag of het wel verantwoord kan worden geacht om bij de in gang gezette propaganda voor de kleutertandzorg deze inherente moeilijkheid te ignoreren en bij het publiek verwachtingen te wekken, die men niet in staat zal zijn tot werkelijkheid te brengen. Liefhebbende ouders tonen vaak niet het minste begrip voor de eisen die de behandeling van hun kleuter aan de tandarts stelt, noch voor de spanningen voor hem daaraan verbonden. Wanneer nu de deskun-

*) Behandlung der Milchzähne 2e druk 1931.

***) Cursus Kindertandheelkunde 1952.

digen voortgaan deze specifieke moeilijkheden, als gevolg van de psychische gesteldheid van het kleine kind, buiten beschouwing te laten of met stilzwijgen te omgeven, dan kan men het de buitenstaanders niet euvel duiden dat zij gesterkt worden in de opvatting alsof de kleuter-tandzorg niet meer omvat dan een organisatorisch probleem, waarbij de tandheekkundige uitvoering slechts een praktische aangelegenheid is.

Door het buiten beschouwing laten van wat als de belangrijkste factor kan gelden, zal op het kritieke moment blijken dat de ontworpen kleuter-tandzorg onuitvoerbaar is vanwege tekort aan medewerking van de zijde der tandartsen.

Wil men het aanzien van de tandheekkundige stand voor een vertrouwenscrisis behoeden, dan is het zaak om klare wijn te schenken en het niet te laten voorkomen alsof via de technische organisatie alleen, het instituut der sociale kleuter-tandzorg niets meer in de weg staat om verwezenlijkt te worden.

Wanneer bij de financiële opzet en inschakeling van de „gezinstand-arts” ook nog rekening zou moeten worden gehouden met een (overigens niet onredelijke) beloning op tijdbasis *) in plaats van per verrichting, dan vormt dit een onzekerheidsfactor waardoor het gehele instituut reeds bij de opzet op een wankel basis moet worden opgetrokken.

Het moge aan de verantwoordelijke instanties worden aanbevolen voorshands in het openbaar meer werkelijkheidszin te betrachten dan waarvan tot nu toe bij de propaganda werd blijk gegeven. Het kan de publieke waardering voor deze sociale voorziening alleen maar ten goede komen wanneer men open kaart speelt en niet stelselmatig verdoezelt wat blijkens de ervaring de kleuterbehandeling, naar *goede* tandheekkundige maatstaven, in de weg staat.

B.

*) Kinderbehandeling Med. Bl. Nov. '53.