

OPEN KAART

Wanneer de voortekenen niet bedriegen zal er eerlang een accentverlegging plaats vinden met betrekking tot de tandheekkundige verstrekingen, waarop van ziekenfondswege de verzekerden recht kunnen laten gelden. Een accentverlegging niet zozeer in de aard van de te verlenen tandheekkundige hulp als wel ten aanzien van de leeftijds-groepen, welke in de eerste plaats en voor een speciale gebitsvoorziening in aanmerking zullen komen.

Te dien aanzien is er overeenstemming tot stand gebracht tussen een vijftal organisaties van ziekenfondsen en de Maatschappij tot Bevordering der Tandheekkunde, waarvan de strekking officieel ter goedkeuring aan de Ziekenfondsraad is voorgelegd.

Dit uit de bereikte overeenstemming gekristalliseerde voorstel heeft tot kenmerk dat de beschikbare middelen en mankracht in eerste instantie zullen worden aangewend ten behoeve van de jeugd en van degenen die na het verlaten van de lagere school blijk geven prijs te stellen op een goede gebitsverzorging. Ook aan deze nazorg zal meer aandacht worden besteed. Na de meerderjarigheid zal dan de verzekerde eigen initiatief moeten ontwikkelen voor de verdere instandhouding van zijn gebit.

Wat in het kader van dit voorstel de aandacht trekt, is de omstandigheid dat niet alleen de leerplichtige jeugd maar ook de kleuters in deze sociaal-hygiënische voorzieningen zullen worden betrokken, waarbij — aldus de formulering — de bestaande rechten op volledige behandeling en sanering van het melkgebit blijven bestaan. Hieraan zal worden toegevoegd het recht op conserverende behandeling van de tweede melkmolaren geheel of gedeeltelijk vanwege het ziekenfonds, in gevallen waarin het melkgebit in zijn geheel niet of niet meer voor sanering in aanmerking komt.

Het verschil met de huidige toestand is daarin gelegen dat thans slechts vullingen mogen worden gelegd — zo heet het verder — met de voorop gezette bedoeling om het gebit geheel te saneren. Bovenstaand recht is volgens het voorstel vanzelfsprekend gebonden aan het voorbehoud dat de tandarts bedoelde behandeling mogelijk en verantwoord acht. Daarnaast bestaat het voornemen de proefcentra, welke er op het gebied van de kleutertandverzorging reeds zijn, nog met enkele uit te breiden om aan de hand van de daaromtrent verkregen gegevens uit te maken of verdere uitbreiding gewenst en verantwoord is.

Men mene niet dat een en ander uitsluitend zijn oorsprong vindt in gekoesterde desiderata bij de ziekenfondsen. Voor zover dit laatste al het geval mag zijn, is de Maatschappij niet achter gebleven om reeds eerder de verwerkelijking in het vooruitzicht te stellen. Zo kan men in het ten vorige jare verschenen Mij-rapport betreffende de georganiseerde tandheekkundige verzorging van de jeugd lezen dat „het wenselijk is dat vanaf het tweede jaar de kleuter regelmatig vier maandelijks

onderzocht en zo mogelijk behandeld wordt, ten einde het ontstaan van eventuele infectiehaarden en van bepaalde orthodontische afwijkingen te voorkomen en voor een goede ontwikkeling van het kaakstelsel te waken."

Tot zover de weergave van de blijkbaar publiekelijk gevestigde overtuiging.

Bij vroegere gelegenheden ¹⁾ is meer dan gerechte twijfel uitgesproken aan de uitvoerbaarheid van effectieve kleuterbehandeling in sociaal verband. Er blijkt echter nog steeds niet van een realistische behandeling van dit netelige probleem en van enige kentering in de tot nu toe abstracte voorstelling van zaken is weinig te bespeuren. Nog steeds vleit men zich zowel in ziekenfondskringen als in de hogere regionen der georganiseerde tandheelkunde met de illusie dat het vraagstuk der kleuter tandverzorging er in hoofdzaak een is van het treffen ener regeling om deze groep de voordelen van de conserverende behandeling van het melkgebit deelachtig te doen worden.

Het mag echter zo langzamerhand als overbodig worden beschouwd, nogmaals te betogen dat de instrumentele benadering van de kleuter een der hachelijkste aspecten van de praktijkbeoefening vormt en tevens dat het zonder onlustverwekkende manipulaties nu eenmaal niet gaat. De moeilijkheid berust in de voornaamste plaats op de psychische structuur van het kleine kind, waarmede de betreffende gewaarwordingen der tandheelkundig noodzakelijke bewerkingen onverenigbaar zijn. Daarnaast is er dan de technische complicatie van de kwalitatieve uitvoering waarvoor de bezwaarlijk op te brengen passieve medewerking van de kleine patiënt een onmisbare voorwaarde is. Bij wijze van bemoeiding en troost wordt hieraan de verwachting vastgeknoopt dat uit een regelmatig weerkerende inspectie, gevolgd door de noodzakelijk gebleken conserverende en andere maatregelen, een positieve instelling met betrekking tot de gevoelsbeleving van het eigen gebit en deszelfs behoud zal opbloeien.

Het toeval wil echter dat kortgeleden enkele collega's de pedodontische Olympus hebben bestegen om van daaraf hun visie op het vraagstuk der kleuterbehandeling ten beste te geven. ²⁾

Uit de gekozen opzet van de gehouden gedachtenwisseling kan in de eerste plaats worden afgeleid dat de onderscheidene gesprekpartners doordrongen zijn van de noodzaak om het kleutergebit door profylactische en curatieve maatregelen voor ontijdig verval te behoeden. Het is uit dien hoofde echter uiterst leerzaam om aan de hand van het verslag naar voren te brengen wat blijkens hun ervaringen daarmede alzo te bereiken valt, waarbij de sprekers zich kennelijk min of meer in eufemistische termen hebben uitgelaten.

Ten aanzien van de psychologische complicaties, waarmede de kleuterverzorging te kampen heeft, wordt voorop gesteld dat de behandeling grote tact en vaardigheid van de tandarts vereist en „soms" tot de

¹⁾ T. v. T. 1954 blz. 230; idem 1954 blz. 939.

²⁾ Ned. Tandartsenblad 1956 no. 9.

onmogelijkheden behoort. Deze moet rustig verlopen en daarvoor is tijd nodig. Een volle wachtkamer en een gehaaste tandarts doen de behandeling „nagal eens” mislukken. Men geve het kind het gevoel dat men zijn tempo begrijpt en men passe zich daarbij aan. De tandarts moet hier de innerlijke rust kunnen opbrengen om de situatie „geheel” te beheersen en dat valt lang niet altijd mee. Elk defect, hoe klein ook, moet worden behandeld. Toch zal de behandeling niet langer dan 10 minuten in de stoel per zitting kunnen duren. Meer wordt als regel door het kind niet verdragen. Slechts van weinig kleuters kan men — en dan nog ten koste van „veel geduld en toewijding” — het gebit in behoorlijke toestand houden. Tot zover deze aaneenkoppeling van uitspraken.

En wat is nu blijkens de gehouden gedachtenwisseling het tandheelkundig resultaat? Verreweg de meeste kleuters, zo luidt de conclusie, komen vroeg of laat op de spreekuren met onherstelbare monden. Indien men als schooltandarts een kind onder ogen krijgt dat regelmatig in de kleuterbehandeling is geweest, is het eerste dat opvalt de enorme cariësfrequentie en het snelle verval van het melkgebit. Als tweede het grote percentage mislukkingen van de conserverende kleuterbehandeling.

Hoe staan nu de tandartsen tegenover de kleuterbehandeling? Een teer punt, zo luidt het o.a. Er zijn nog altijd collega's die, in plaats van de ouders te wijzen op de noodzaak van tandheelkundige behandeling op kleuterleeftijd, deze zonder meer als overbodig ter zijde schuiven. Er heerst onder de tandartsen geen communis opinio over wat er moet gebeuren met de chronisch ontstoken monden en meestal geschiedt er praktisch niets.

Daartegenover wordt de verzekering gegeven dat, als elke tandarts bij de onder behandeling zijnde ouders erop aandringt de kleuters te laten behandelen, dit nooit een overbelasting van de praktijk zal vormen.

Met betrekking tot de praktische toepassing van de conserverende behandeling biedt het vraaggesprek weinig hoopvols. De endodontische behandeling laat men aan de kleuterafdeling van A.T.Z., gezien de ervaring in de afgelopen vier jaren opgedaan, zoveel mogelijk rusten. Men zag aldaar in het overgrote aantal der gevallen na 2 tot 3 maanden hetzij fistels, hetzij acute periodontitis optreden. De kinderen worden voorts niet langer conserverend behandeld wanneer er meer dan drie caviteiten aanwezig zijn.

De conscientieus gelege m.o. of d.o. amalgaamvulling wordt tandheelkundig als een onding beschouwd; voor de retentie moet te veel weefsel worden opgeofferd, met als gevolg een veel grotere kans op pijnlijke behandeling, pulpabeschadiging en periapicale abcessen. Het grote aantal proximale caviteiten beschouwt men als een uitbreiding van onbehandelde fissuurcariës uit een vroeger stadium. Een der gesprekpartners geeft als zijn persoonlijke mening dat behandeling van proximale cariës met amalgaam, zelfs in een vroeg stadium, door de vele mislukkingen als weggegooid geld is te beschouwen; hij acht alleen inlays geïndiceerd.

Wat is uit dit alles nu de conclusie van de sprekers ten aanzien van de

indicatiestelling? Als principe geldt: geen infectiehaarden in de mond aanwezig laten. Zulks impliceert in veel gevallen extractie. Dit is, zo wordt gezegd, spijtig, maar het kan niet anders, ook al hebben zij vaak orthodontische gevolgen. Elders wordt geconstateerd, dat naast preventief afslijpen van de distale vlakken van de tweede molaren, het van groot belang is om, vaker dan tot nu toe gebruikelijk, tot extractie over te gaan. Men is het erover eens dat bij pulpacomplicaties extractie van het carieuze element de voorkeur verdient, gevolgd door . . . het aanbrengen van een space retainer!

In het voorgaande hebben wij er ons toe bepaald de uitspraken zoveel mogelijk in de gekozen formulering over te nemen, zij het in een min of meer gerubriceerde volgorde. Overziet men het aldus ontvouwde tafereel, dan kan het aldus worden vereenvoudigd: Van — men zou kunnen zeggen: gezaghebbende tandheelkundige zijde wordt aangedrongen op periodieke controle en behandeling en wel vanaf het tweede jaar. Dit dient echter zo te worden opgevat dat bij gevorderde cariës met pulpacomplicaties de extractie wordt gepropageerd, ook al is men zich bewust van de talrijke orthodontische afwijkingen, welke mede te danken zijn aan ontijdige opoffering van gebitselementen. Er wordt gewezen op de noodzaak de jeugd dental minded te maken, echter zonder dat wordt aangetoond in hoever het inderdaad mogelijk is om door het regelmatig doen ondergaan van tandheelkundige behandeling, met alle gewaarwordingen van dien, gevoel en zorg voor gebitsbehoud aan te kweken. Eén ding kan evenwel als psychologisch vaststaand worden aangenomen: met extracties — hoe nuttig wellicht en hoe goed verdoofd — cultiveert men geen dental mindedness.

Mede op die grond is er alle reden om het eensgezinde radicalisme van het gesprekcentrum maar matig toe te juichen. Er kan, om iets te noemen, met nadruk worden gesteld dat een conserverende behandeling van pulpitische melkkiezen juist door toepassing van pulpadestructie en -mummificatie pijnloos is en juist daardoor voor menige kleuter van vier of vijf jaar, aanvaardbaar, met technisch en duurzaam resultaat. Het maakt buitendien space retainers overbodig, waarvan geen nuchter beoordelaar kan geloven dat zij ooit anders dan bij hoge uitzondering zullen worden toegepast.

Maar deze mogelijkheid verandert niets aan het feit dat de zienswijze van het gesprekcentrum als reële afspiegeling moet worden beschouwd van wat door de deelnemers als praktisch geboden en bereikbaar wordt voorgesteld. Daarmede dient rekening te worden gehouden, het vormt het maximum waarop sociaal gezien mag worden gerekend. Maar in het licht hiervan moet men wederom tot de conclusie komen dat van officieel tandheelkundige zijde bij de ziekenfondsen verwachtingen zijn gewekt, welke voor vervulling nimmer in aanmerking kunnen komen.

Wil de sociale tandheelkunde niet in een vertrouwenscrisis geraken, dan zal het dringend noodzakelijk zijn van nu af aan open kaart te spelen en met de propaganda voor de kleuterbehandeling niet meer in uitzicht te stellen dan in de praktijk kan worden verwezenlijkt. En dat blijkt, afgezien van extracties, wel erg weinig.

B.