

## IS „OPEN KAART” HET ENIGE?

„Misère ouverte met een praatje”. Dit is de conclusie die uit bovenbedoelde beschouwing moet worden getrokken. Er blijken twee verschillende opvattingen tegenover elkaar te staan, waaruit duidelijk de eerlijkheid van beide overtuigingen te proeven valt. Wanneer ik mij gedrongen voel erop te reageren dan is het alleen omdat ik het zou toejuichen indien op uitgebreide schaal in speciaal voor kleutertandverzorging ingerichte klinieken getracht zou worden te komen tot een perfectionering van de methodiek die het mogelijk zou maken, dat een steeds groter aantal kleine kinderen een, het ideaal benaderende, gebitsverzorging ten deel valt.

In „Open kaart” trof mij vooral de zin: „De moeilijkheid berust in de voorname plaats op de psychische structuur van het kleine kind, waarmede de betreffende gewaarwordingen der tandheekkundig noodzakelijke bewerkingen onverenigbaar zijn.” De moeilijkheid ligt naar mijn overtuiging niet in de psychische structuur van de kleuter, maar in de onvoldoende bekendheid met deze structuur. En dat maakt tevens „des Pudels Kern” uit. Een kind moet niet, zoals daar geschreven staat, instrumenteel benaderd worden, maar veeleer en vooral door de oprechte gezindheid van de operateur tegenover de te behandelen kleuter. Vanaf dat moment wordt de instrumentele behandeling secundair en moet als zodanig dienstbaar blijven en ondergeschikt gemaakt worden aan het psychologische begrip. Slechts indien de tandarts slaagt in een persoonlijke toenadering dan pas is de gelegenheid aanwezig voor een tandheekkundige ingreep. Gelukt het niet om in de eerste zitting tot een effectieve behandeling te geraken, dan kan dit een tweede maal worden beproefd, desnoods door het kind een derde keer terug te laten komen. Deze zittingen zijn geen verloren tijd, indien men daarmee een persoonlijk contact heeft tot stand gebracht. Het verdient zelfs aanbeveling de kleuter de eerste maal niet in de stoel te doen plaats nemen, doch men ga als practicus liever eens op de hurken zitten om op die manier contact te zoeken met de kleine. Vraag of ge zijn mooie tandjes eens moogt zien en in negen van de tien gevallen zal de kleine dit toestaan, waarmee het eerste contact is verkregen.

Wat de eigenlijke behandeling zelve betreft, kan de tandarts maar één gedachte bezig houden: alles wat gebeuren moet, dient zonder pijn te geschieden. In dit opzicht valt veel te bereiken en in de toekomst hopelijk nog meer dan thans reeds mogelijk is. De ten onzent bekende gedachte, die aan de methode van K r a u s ten grondslag ligt, is reeds van onschatbare betekenis en spreekt boekdelen. Ook mag de tandarts zich rustig laten leiden door de overweging: hoe kan ik voorkomen dat het kind door de behandeling wordt afgeschrikt. Dat op deze basis de eerste vullingen weleens niet voldoen aan te stellen technische eisen, is naar mijn overtuiging veel minder belangrijk dan het behoud van het vertrouwen van het kind. Afschrikken van de kleine kan betekenen dat deze gedurende jaren voor de tandheekkundige verzorging verloren is en dat kan onze bedoeling nooit en te nimmer zijn.

Hand- en hoekstuk zijn naar mijn oordeel instrumenten die zeker tijdens de

eerste zittingen uit de buurt van de kleine patiënt behoren te blijven; met scherpe excavatoren valt zeer veel te bereiken en deze moeten tot dat doel regelmatig worden geslepen. Hoofdzaak bij de reiniging van de carieuze holte is die van de glazuur-dentine grens en het zoveel mogelijk voorkomen van een pulpabehandeling.

In het begin verdient het aanbeveling bij het kind plaatselijke verdoving toe te passen waarvan het niet terugschrikt. Wanneer de papillen er gezond uitzien, kan men gevoelloosheid bereiken door deze in te wrijven met een oppervlakte-anestheticum en vervolgens de naald in de papil te plaatsen voor de infiltratie-anesthesie.

Slechts zelden zal de injectie pijn veroorzaken, zelfs zonder voorbehandeling met oppervlakte-anesthesie, tenzij een bloedvaatje wordt aangeprikt. Dit kan men evenwel onmiddellijk constateren, aangezien in dit geval bij de eerste druk op de spuit te weinig weerstand wordt ondervonden. De eerste druk moet vanzelfsprekend gering zijn.

Van belang is ook het kind in het front te benaderen, dit wekt n.l. meer vertrouwen dan van terzijde. Het gebruik van de luchtblazer dient bij deze patiëntjes te worden vermeden, er zijn middelen in de handel waarmee een vrij intensieve droging van het tandbeen kan worden bereikt zonder enige schade voor dit weefsel. Ook de tonghouder kan gevoeglijk achterwege blijven. Tijdens het drogen en vullen gebruik ik twee wattenrollen, waarvan de ene wordt gefixeerd door de assistente en de ander door mij.

Moelijker wordt het, indien het kind pas komt als het reeds pijn heeft. Dan ligt de psyche van het kind n.l. volkomen overhoop. Hiervan kan men zich niet genoeg doordringen. Vaak kan bovengenoemde verdoving in deze gevallen uitkomst brengen. Als men echter geen kans ziet op dat moment tot behandeling over te gaan, kan men deze beter achterwege laten. Nooit geweld gebruiken!

Het kind neemt het niet kwalijk als het tijdens het bezoek niet behandeld wordt. Het kind is ten slotte de patiënt, niet de ouders, ook al was hun nachtrust ermee gemoed. Onze hulp moet aanvaarde hulp zijn. De een zal in moeilijke gevallen vlugger iets kunnen bereiken dan de ander. Het tot stand brengen van het persoonlijk contact, waarop ik reeds de nadruk heb gelegd, blijft punt één. Het moet zó zijn, dat na enkele bezoeken Uw patiëntje al in de stoel gaat zitten voor het daartoe uitgenodigd wordt. Dat is het beste pleidooi voor Uw kinderbehandeling. Slechts op die manier wordt een kind dental minded gemaakt. Niet het verstand moet worden aangesproken, maar het gevoel. Men kan hoogstens proberen tot het verstand van de ouders te spreken.

Uit dien hoofde moet dan ook het trekken van melkelementen tot het uiterste worden beperkt. Bij gedestrueerde elementen is het infectiegevaar tot een betrekkelijk klein risico terug te brengen. Ook het plaatselijk beslijpen van carieuze melkkiezen verdient naar mijn mening meer aandacht. Het valt telkens weer op, dat de abrasie, juist bij in goede staat verkerende melkgebitten sterkere afmetingen aanneemt dan bij het blijvend gebit. Het is een kleinigheid voor het leggen van een vulling met blauw papier eventueel aanwezige overdruk te controleren. Nadat het kind is behandeld, laat het deze geringe inslijping heus wel toe. Gevoeligheid heb ik hierbij zelden waargenomen. Deze is in het algemeen bij het melkgebit veel geringer dan bij het blijvende gebit.

Uiteindelijk zal de behandeling van kleuters het best verzorgd kunnen worden

in speciaal daarvoor ingerichte kinderklinieken. De meest geschikte leeftijd lijkt mij omstreeks drie jaar. Dan is het kleine kind geneigd aanraking te zoeken met personen ook buiten zijn intiemste bestaanssfeer. Want nogmaals: op dat contact komt het ten slotte aan. Als ideaal stel ik mij voor klinieken waar kinderverzorgsters als assistenten dienst doen; dit om begrijpelijke redenen. Op deze klinieken kan men dan trachten de kleuterbehandeling tot een steeds hoger peil op te voeren. Dan kan de tijd aanbreken, dat men niet begint met de eerste klas van de lagere school, doch reeds in het eerste jaar van de kleuterschool om van daaruit de periodieke behandeling voort te zetten. Bij voldoende medewerking van het personeel der kleuterscholen lijkt het mij zelfs op dit tijdstip geen gewaagd experiment om daarmee reeds thans een begin te maken. De persoonlijke voldoening van de tandarts zal heel wat groter zijn als hij bij deze kinderen succes bereikt, dan wanneer b.v. een kroon fraai is uitgevallen. Hier ligt immers de grote kans om de voortdurende toename van het aantal kaakorthopedische afwijkingen een halt toe te roepen en de melkgebitten tot, laat ons zeggen het tiende jaar in de best mogelijke conditie te handhaven met behoud van de optimale kauwfunctie ook voor deze levensperiode.

Elk orgaan met uitgesproken slechte functie zal zijn weerslag doen gevoelen in het gehele organisme. Verbetering of behoud van functie moet het gehele ten goede komen.

De witte jas moet bij de kleuterbehandeling echter aan de kapstok. Bij kinderen, die kort te voren een tonsillectomie hebben ondergaan, moet in 't algemeen, behandeling tot een later tijdstip worden uitgesteld.

Aangezien het redactionele commentaar mij enigszins sceptisch voorkomt, heb ik gemeend goed te doen deze overwegingen er tegenover te plaatsen.

J. Schreinemakers  
Sittard