

ONDERHOUD EN BEHOUD

De bewustheid aangaande de waarde van het gebit als kauworgaan en als onderdeel van de uiterlijke persoonlijkheid, heeft zich in de laatste jaren ontwikkeld van een individuele mentale instelling tot een sociale aangelegenheid. Sociaal niet in politieke zin maar als het verworven hebben van een hygiënisch inzicht, dat in brede lagen van de bevolking vaste voet heeft verkregen. Binnen het kader van de ziekenfondsverzekering heeft dit zich cijfermatig uitgekristalliseerd in het vaststelbare en officieel vastgestelde (groeiende) percentage van het totale ledental dat als „gesaneerd” te boek staat.

De bereidheid om stelselmatig zorg te dragen voor het in gezonde staat houden van het kauworgaan komt evenzeer en ongetwijfeld in sterkere mate voor buiten de sociale sector, dus in de particuliere sfeer; deze is daar uiteraard niet gekoppeld aan een als voorwaarde gesteld, verplicht halfjaarlijks onderzoek. Bij personen met een matige cariësvatbaarheid – en daar zijn er gelukkig heel wat van – kan het, dank zij de duurzaamheid der conserverende methodiek, nog al wat lijden met het interval voor wat betreft de regelmaat der periodieke controle.

Dit geldt evenzeer ten aanzien van de klinische grenzen waarbinnen functienormherstel na carieuze aantasting mogelijk is, hetzij met eenvoudige dan wel meer gecompliceerde middelen. Hiervan is ook het publiek zoetjesaan overtuigd geraakt. Sinds jaar en dag wordt in de gevoerde propaganda voor gebitsverzorging, bij voldoen aan de voorwaarden van onderhoud, integraal behoud der elementen in uitzicht gesteld en zo is het geen wonder dat degenen die zich aan de voorschriften houdt, verwacht dat zijn kauworgaan voor mutilatie zal zijn gevrijwaard. De niet-aflatende opwekking tot gebitsonderhoud en -verzorging heeft logischerwijze verwachtingen gewekt inzake gebitsbehoud, waarvan het publiek stilzwijgend veronderstelt dat deze verwachtingen dan ook door de beoefenaren der tandheelkunst zullen worden gehonoreerd.

Dit omvat echter meer dan het bij tijdige inspectie stuiten van beginnende cariës, waar het in de meeste gevallen ook wel om zal gaan. Daarbij wordt dan gesteld dat door het behandelen van initiële aantastingen, de pulpa ervoor wordt behoed om in het proces te worden betrokken, hetgeen infectieuze ontwikkelingen voorkomt.

Een dusdanige voorstelling – hoe plausibel ogenschijnlijk en dus voetstoots aanvaard door het publiek – dekt echter de werkelijkheid niet, althans niet geheel. Ook wanneer een verzorgingsgezinde „patiënt” zich richt naar de voor gebitshouderhoud geldende voorschriften, bestaat de mogelijkheid dat niettemin de aandoening van een pulpa in het geding komt. Zo kan het cumulerende trauma van een in de loop der jaren meervoudige behandeling van eenzelfde element groter zijn dan dit blijkt te hebben kunnen verdragen. Zonder uiterlijk

aantoonbare oorzaak wordt dit dan beantwoord met degeneratie of versterf. Ook kan (wat niet zelden voorkomt) een voor het routine-onderzoek moeilijk toegankelijke approximo-cervicale (secundaire) cariës aan een tijdige ontdekking ontsnappen en – halfjaarlijkse controle ten spijt – onvoorzien een pulpische of gangreneuze complicatie in het (conserverende) beeld brengen. Zo althans is, zonder de toepassing van een automatisch onthullende bite-wing X-foto, de situatie in de praktijk. Dit stelt dan tevens de noodzaak van een pulpapen wortelkanaalbehandeling, wil het element behouden blijven. En hierbij komt dan de problematiek van de technische uitvoering naar voren, met inbegrip van de eisen aan tijd en inspanning, die vaak nog verzaard worden door een ongunstige lokalisatie van de caviteit aan de – naar het schijnt wel bij voorkeur – distale zijde van het betrokken element.

Wil men de alsdan aan de orde zijnde endodontische methodiek veilig stellen voor bedenkingen, dan zou deze ten minste gericht dienen te zijn op extirpatie en verdere instrumentele bewerking en vulling van als regel daarvoor toegankelijke wortelkanalen benevens het op andere wijze onschadelijk maken van de inhoud der overige. Van de betekenis hiervan voor de practicus is de patiënt zich uiteraard niets bewust, hoe zou hij ook. Hij verwacht alleen dat de betreffende behandeling behoud van het element tot inzet zal hebben. Wanneer hem echter wordt meegedeeld dat zulks niet meer mogelijk is en dit moet worden opgeofferd, voelt de patiënt zich – en van zijn standpunt niet ten onrechte – geschokt. Het is mogelijk dat hij daarin de eerste maal dat hem zulks overkomt, berust maar wanneer een dusdanige indicatiestelling zich na verloop van tijd mocht herhalen (op voor de practicus wèl, maar voor de patiënt niet overtuigende gronden) dan kan dit tot een vertrouwenscrisis voeren waarbij hij gaat twijfelen aan de bekwaamheid van zijn tandarts. En zo kan het dan gebeuren dat men als „man van het vak” door de geschokte patiënt, na een uiteenzetting van zijn ervaringen, geconfronteerd wordt met de vraag om opgave van een „goede” tandarts in X of Y.

Voor de betrokken collega is dit natuurlijk geen reputatie-bevorderend verzoek en – zo hij er kennis van mocht krijgen – een ietwat pijnlijke aangelegenheid, ook al is hij om een patiënt niet verlegen. Maar om een patiënt meer of minder gaat het hierbij niet, in elke gevestigde praktijk speelt het verlies als zodanig geen rol, wèl de motieven op grond waarvan deze meent van tandarts te moeten veranderen. Bovendien zal hij tegenover familie en kennissen er geen geheim van maken. Nog scherper kanten vertoont de situatie wanneer de verontruste patiënt, onder het voorwendsel zich nog even te willen bedenken, meteen een andere tandarts raadpleegt, die tevens bereid blijkt tot een conserverende behandeling.

De aldus geschetste toestand is slechts bedoeld om aan te tonen dat het voorlichtend aandringen op regelmatige gebitsverzorging als middel tot gebitsbehoud, elke tandarts verplicht hiervan de consequenties te aanvaarden en ook bereid te zijn tot een behandeling, waartoe hij uit innerlijke aandrang wellicht niet zou overgaan. Hij moet ervoor te vinden zijn om ook in technisch moeilijke

gevallen de tijd en energie daarvoor op te willen brengen, ten einde waar te maken wat door de geijkte propaganda wordt beloofd. Dit houdt jammer genoeg niet in dat met zo'n behandeling naar buiten veel eer wordt ingelegd; gelijk gezegd, de patiënt is zich er niet van bewust – en kan dat ook niet zijn – wat een endodontische behandeling, vooral onder manipulatief ongunstige omstandigheden, voor de tandarts en voor de routine van de dagelijkse praktijk betekent. Maar het is nu eenmaal het lot en de endodontische plicht van de practicus, waaraan deze zich – wil hij niet onder de maat blijven – kan noch mag onttrekken.

Dit gaat te meer klemmen nu de „propaganda” het accent steeds meer gaat leggen op de eigen mondverzorging. Daarvoor zullen eerlang specialisten in de voorlichting hun entree maken. Dan zullen de tandartsen zich nog moeilijker kunnen onttrekken aan de consequenties inzake de verwachting van gebitsbehoud, die daardoor vanzelf ook wordt gecultiveerd.

Het kan de kritische waarnemer niet ontgaan dat bij de voorlichting op het in-acht-nemen van de raadgevingen als prijs wordt gesteld een „gezond” gebit, hetwelk niet per se hetzelfde betekent als een ongeschonden gebit. Dit heeft onmiskenbaar zijn waarde als rugdekking bij een indicatiestelling die daarop niet is gericht gelijk in de aanvang casuïstisch werd toegelicht. Het zal echter veel mondhygiënische redekunst vereisen om voor de toegewijde eigen-verzorger aannemelijk te maken dat de beperking, in dit woordgebruik verdisconteerd, een ook voor hem of haar geldende realiteit kan betekenen.

Dit is in niet onbelangrijke mate het geval voor de gesaneerde in het ziekenfonds, voor wie de extractietang eerder gereed ligt dan in de particuliere praktijk. Hoe in de laatste de verhouding is onttrekt zich bij gebrek aan gegevens aan de waarneming. Maar uit de statistiek der verrichtingen bij ziekenfonds-verzekerden blijkt ten aanzien van de gesaneerden dat bij dezen in 1963 op 40,5 vullingen niet meer dan één pulpabehandeling is verricht.

Gebitsgezondheid is een ruim begrip, het heeft geen betrekking op de mate van verminking die het kauworgaan vertoont. In dit licht is ook de tandeloze gebitsgezond omdat hij geen elementen bezit die een dusdanige verklaring zouden kunnen verhinderen.

Doch scherts ter zijde. Van belang is dat de voorlichting, die men weldra een nieuwe gedaante gaat geven, ten doel heeft een verdere bevordering van de dental mindedness. Een doelgerichte propaganda, scheidt, ja werkt met verwachtingen, te meer als deze eerlang door professionals – in de gedaante van mondhygiënisten en een schepping van de beroepsorganisatie nog wel – zal worden bedreven. Aan de vervulling van die verwachtingen kunnen de beoefenaren der tandheelkundige praktijk zich niet onttrekken, ook al worden zij hierbij geplaatst voor situaties, die als een inbreuk kunnen worden beschouwd op de dagelijkse routine.

B.