

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING IN SOCIAAL VERBAND

Is het reëel de patiënten in categorieën te verdelen?

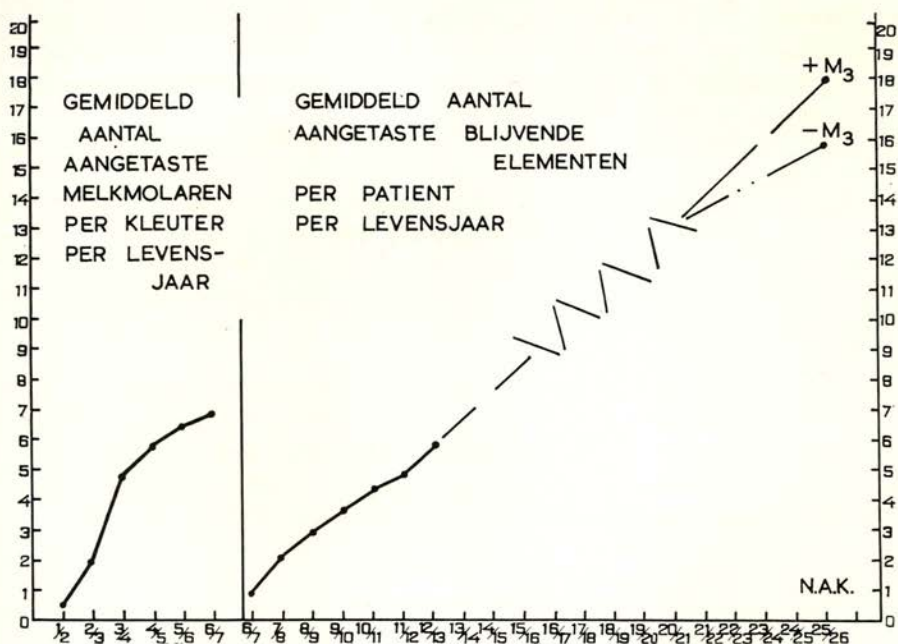
N. A. KUIPÉRI

Wanneer men de vraag stelt of het, gezien de uitgebreidheid van de tandcariës als volksziekte, nog mogelijk is om grote bevolkingsgroepen te behandelen, dan dient eerst een andere belangrijke vraag beantwoord te worden. Men kan zich namelijk afvragen volgens welke richtlijnen een indeling in verschillende categorieën, welke voor een systematische tandheelkundige behandeling welhaast onvermijdelijk is, gemaakt zou moeten worden.

Wanneer men in de historie van de sociale tandheelkunde in Nederland terugblijkt, dan bemerkt men dat men met dit probleem altijd in meerdere of mindere mate te kampen heeft gehad. In het begin van de dertiger jaren ontstond het omstreden N.P.P.-rapport. De bedoeling daarvan was een weg te wijzen, waarlangs „niet-particuliere patiënten” tandheelkundige verzorging konden krijgen, zodat zij niet door financieel onvermogen een achterstand zouden oplopen, of een eventuele achterstand niet zouden kunnen inhalen. In die tijd, toen velen nog niet de weg naar de tandarts hadden gevonden en ook het tandbederf nog niet zo'n ontstellend grote omvang had, gaf in de eerste plaats de *verwaarlozing* en niet het aantal aangetaste elementen de aansporing om tot het N.P.P.-rapport te komen. Daarom was dit rapport in het licht van de toenmalige omstandigheden aanvaardbaar.

Zeker zal ook in die jaren de vraag zijn opgeworpen of de tandheelkundige behandeling van een individu kon verschillen van die van een groep individuen, met andere woorden, of de behandeling van de niet-particuliere patiënt een andere kon of mocht zijn dan die van de particuliere patiënt. Het resultaat van de desbetreffende besprekingen is in het rapport neergelegd: men achtte een systematische behandeling met eenvoudige middelen de meest gewenste om allen, die daarvoor in aanmerking kwamen – waarbij men uiteraard het aantal beschikbare tandartsen in aanmerking moest nemen – te laten delen in deze wijze van verzorging.

Ongetwijfeld heeft deze methode resultaat afgeworpen, in die zin dat vele niet-particuliere patiënten erdoor in staat werden gesteld, hun gebit langer te behouden dan zonder deze behandeling mogelijk was geweest. Hierbij mag men niet uit het oog verliezen dat de jaarlijkse toeneming van het aantal caviteiten per patiënt in die tijd geringer was dan nu. Vele practici herinneren zich nog wel de tijd dat na een „sanering” de patiënt vaak gedurende lange tijd geen hulp



nodig had. Velen beschouwden dan ook de resultaten van hun werk als van duurzame aard en spraken van „curatieve tandheelkunde”.

Door de sterke toename van het tandbederf is hierin echter verandering gekomen. Longitudinale studies van de steeds weer optredende tandcariës (zie grafiek*) hebben duidelijk gemaakt dat beter over *restauratieve* dan over *curatieve* tandheelkunde gesproken kan worden. Gezien in het licht van deze moderne opvatting is de vraag nog belangrijker geworden of de behandeling van de niet-particuliere patiënt tandheelkundig verschillen kan of mag van die van de particuliere patiënt. Is de tandheelkundige hulp met „eenvoudige middelen”, zoals die verstrekt wordt aan kinderen die aan de schooltandverzorging deelnemen, en het „verstrekings-pakket” dat door de ziekenfondsen aan hun verzekerden wordt gegund, wel gelijkwaardig aan de praktische mogelijkheden van de huidige tandheelkunde?

Het komt niet zelden voor dat enerzijds de niet-particuliere patiënt in sommige gevallen particuliere behandeling kan en wil betalen, anderzijds dat particuliere patiënten een behandeling krijgen die in grove trekken overeenkomt met de behandeling met „eenvoudige middelen”. Hieruit blijkt duidelijk dat de indeling in niet- en wel-particuliere patiënten een *kunstmatige* is en zeker geen *tandheelkundig verantwoorde* indeling.

*) Het D.M.F.-getal voor 25-jarigen heeft betrekking op een groep gesaneerde ziekenfondspatiënten.

Men zou kunnen stellen dat patiënten, die vanwege de Algemene Ziekenfondsen tandheelkundige hulp vragen, een bepaalde hulp voor de betaalde premies deelachtig kunnen worden, maar vrij zijn om uitgebreider verzorging voor eigen rekening te verkrijgen. Het is echter duidelijk dat dan van *verzekering* en niet van *verzorging* gesproken moet worden, waarbij nog kan worden opgemerkt dat er dan sprake is van een verzekering, die alleen kwade risico's kent, gezien het feit dat praktisch iedereen als tandziek kan worden gekwalificeerd. Een onderscheid in behandeling van patiënten op basis van de inhoud van de beurs is geen redelijke oplossing in geval van ziekte, dus ook niet bij „tandzieke” mensen. Ik meen dan ook dat *in principe* de vraag of er verschil kan of mag zijn in tandheelkundige behandeling van hen, die wel en die niet particuliere patiënt zijn, ontkennend beantwoord moet worden.

Tandheelkundig is naar mijn mening ook geen enkele grond aanwezig om de behandeling van bepaalde groepen anders te doen geschieden dan die van één patiënt. Komen er tand- of mondziekten voor, bij bepaalde groepen patiënten, waarvan de symptomen *anders* zijn dan wanneer zij bij een enkel individu optreden? Voor zover mij bekend kennen wij alleen bepaalde ontstekingen van de gingiva en van het mondslijmvlies, die bij een bepaalde groep optreden (o.a. de „trench mouth” in de oorlog).

De mogelijkheden tot herstel van gebitselementen zijn in principe gelijk voor alle patiënten.

Een geheel ander aspect is de praktische toepassing van deze mogelijkheden in verband met mankracht en financiering, waarbij de preventieve maatregelen tegen cariës een belangrijke rol spelen. Indien, zoals verwacht mag worden, de fluoridering van het drinkwater, een goede tandheelkundige voorlichting en een goede mondverzorging door de patiënt het ontstaan van cariës in grote mate zullen tegengaan, dan zal ook de praktische toepassing van de eigentijdse tandheelkunde voor allen mogelijk moeten zijn. Dit ideaal, hoewel door velen van ons nagestreefd, zal de eerstvolgende 15 tot 20 jaar nog niet te bereiken zijn. De toestand van het melkgebit en van het blijvend gebit is thans dermate slecht, dat om praktische redenen alleen al, een beperking van de te geven hulp noodzakelijk is.

Uit de tabel waarin vermeld staan de z.g. „indicated extractions” van de melkmolaren bij kleuters die regelmatig elke drie maanden werden gecontroleerd en zo nodig behandeld, blijkt dat het vaak praktisch onmogelijk is om nog vullingen te leggen. Zoals vermeld in „Kariesprophylaxe in Ärztlichen Sicht”, blz. 58, worden bij kleuters in Zweden op 4 en 5-jarige leeftijd reeds volledige protheses gemaakt. Voor het blijvend gebit is de toestand vanzelfsprekend al niet veel beter. In Amsterdam moeten volledige protheses gemaakt worden voor kinderen van 11 en 12 jaar. In FINN'S „Clinical Pedodontics”, blz. 170 wordt een methode aangegeven voor het vervaardigen van kronen voor melkmolaren, zodat deze nog tot de wisseling dienst kunnen doen. Deze oplossing is zonder inachtneming van de kosten en benodigde tijd, niet aan te bevelen voor alle tandzieke kleuters.

PERCENTAGE REEDS GEEEXTRAHEERDE OF NIET MEER TE VULLEN
EERSTE EN TWEDE MELKMOLAREN PER LEEFTIJDJAAR
 GESPLITST IN ONDER- EN BOVEN MELKMOLAREN [indicated extractions]

LEEFTIJD	1° ONDER- MELKMOLAAR	1° BOVEN- MELKMOLAAR	2° ONDER- MELKMOLAAR	2° BOVEN- MELKMOLAAR
2-3 JAAR	—	1/2	—	—
3-4 JAAR	6	1 1/2	2	1/2
4-5 JAAR	16 1/2	5	8 1/2	2 1/2
5-6 JAAR	27 1/2	13	14 1/2	4 1/2
6-7 JAAR	37 1/2	20 1/2	29 1/2	12 1/2

N.A.K.

Er zal in de komende 15 tot 20 jaar een selectie dienen plaats te vinden inzake de te geven tandheelkundige verzorging. Deze zal uitsluitend gebaseerd moeten zijn op de *toestand van het gebit* en de *bereidheid van de patiënt, mede te werken om tandcariës en parodontopathieën te voorkomen*.

Uit de grafiek blijkt, dat boven de gemiddelde D.M.F.T.-getallen per leeftijdjaar, de D.M.F.T.-waarden liggen van patiënten, die kennelijk niet meewerken om bij zichzelf de cariës te beperken. Beneden de gemiddelde D.M.F.T.-lijn liggen de waarden van de patiënten die wel meewerken. Hierbij kan worden opgemerkt dat deze grafiek het zelfde verloop heeft als die uit het onderzoek van Prof. TOVERUD (FINN, blz. 610) en de gegevens betrekking hebben op de periode van na de tweede wereldoorlog. Verwacht kan worden dat enige tijd na de invoering van de fluoridering van het drinkwater deze lijn lager uitgezet zal kunnen worden.

Vanzelfsprekend zou er een verfijning toegepast kunnen worden indien het D.M.F.T.-getal als waardemeter gebruikt zou worden; dit is echter naar mijn mening niet noodzakelijk. Wel is een objectieve norm zoals het D.M.F.T.-getal vereist, zodat de behandelende tandarts niet door teveel subjectieve factoren wordt beïnvloed.

Het is niet onwaarschijnlijk dat er patiënten zullen zijn die na voorlichting een D.M.F.T.-getal zullen krijgen dat aan de „goede” zijde van de gemiddelde lijn gaat liggen. Een marge ter grootte van 1 D.M.F.T. is dan ook aan te bevelen.

Het gemiddelde D.M.F.T.-getal is goed bekend tot en met het 13de levensjaar. Het is van belang, dat deze bepalingen tot aan het 50ste levensjaar plaatsvinden.

Patiënten die een D.M.F.T.-getal hebben beneden het gemiddelde voor hun

leeftijd, komen in aanmerking voor een tandheelkundige behandeling, die alles omvat, wat de tandheelkunde kan bieden. Patiënten met een D.M.F.T.-getal *hoger* dan het gemiddelde, zullen met extracties en plaatprothesen genoegen moeten nemen, tenzij zij de gehele behandeling zelf bekostigen. Voor deze groep geldt dan de marge van 1 D.M.F.T.

Het D.M.F.-T getal geeft het aantal *elementen* aan dat op het moment van onderzoek van de patiënt hetzij door cariës is aangetast en nog niet behandeld: *Decayed*; hetzij zodanig door cariës was aangetast dat het geëxtraheerd is: *Missing*; of door cariës aangetast en gevuld is: *Filled*. Hierbij speelt het aantal *gevulde vlakken* per element *geen* rol, ook het aantal *aangetaste vlakken* niet.

Bepalen wij de D.M.F.-Surfaces, dan wordt de toestand van elk vlak per element zorgvuldig nagegaan. Hierbij is naar mijn mening een röntgen status onontbeerlijk.

Onnodig op te merken dat bij de behandeling van grote aantallen patiënten de bepaling van het D.M.F.-S getal teveel tijd gaat nemen; wetenschappelijk is het echter nauwkeuriger en daardoor verkieslijker.

Het bepalen van het D.M.F.-T getal neemt niet veel tijd per patiënt en kan geschieden bij de regelmatige controle van de patiënt.

Door het vastleggen van deze objectieve norm zal het o.a. voor de schooltandartsen gemakkelijker gemaakt worden de indicatie te stellen tot systematische extractie van de vier eerste blijvende molaren; voor de tandartsen die ziekenfondsverzekerden behandelen zal een rechtvaardiger verdeling van hun werkkracht kunnen plaats vinden. Patiënten die ervoor in aanmerking komen wat betreft hun instelling en de toestand van hun gebit, zullen alle hulp deelachtig kunnen worden, die de moderne tandheelkunde kan geven. Ik meen dat deze praktische oplossing van tandheelkundige verzorging in sociaal verband bij vele collegae een gevoel van onbehagen zal kunnen wegnemen; meer voldoening zal het schenken wanneer zij datgene wat op de universiteit wordt geleerd, kunnen toepassen bij die patiënten, die bewezen hebben daarop prijs te stellen.

Ordorppelein 142, Amsterdam

13 augustus 1965