

## HULPKRACHTEN IN DE TANDHEELKUNDE

Prof. R. W. BROEKMAN

Voor een juist begrip van onze huidige opvattingen over de tandheelkunde en de uitoefening van de tandheelkundige praktijk is de kennis van het verleden onontbeerlijk. Reeds HAECKEL merkte op: „Jedes Sein wird nur durch sein Werden erkannt”. De inzichten van vandaag zijn geworteld in en gegroeid uit de opvattingen van gisteren. Zo zullen die van morgen voortkomen uit die van vandaag. Het is dan ook niet mogelijk om zich een juist oordeel te vormen over de tandheelkundige kennis en de toepassing van deze kennis in onze tegenwoordige tijd zonder daarbij aandacht te besteden aan de ontwikkelingsgang – theoretisch, praktisch, maatschappelijk en sociaal-economisch – welke vanuit het verleden tot de huidige situatie heeft geleid.

Aan de andere kant lijkt het niet verantwoord om in een bepaald tijdsgewricht met ijver, ambitie en enthousiasme min of meer richtingloos door te werken zonder zich van tijd tot tijd ernstig af te vragen waartoe een dergelijke activiteit op den duur moet leiden. Men kan ervan overtuigd zijn, dat deze beklemmende vraag velen onder ons op een verontrustende wijze bezighoudt. Uit talloze gesprekken is mij gebleken, dat men zich ten aanzien van de uitoefening der praktijk bij herhaling afvraagt: waar moet dit op den duur naar toe? Er heerst een gerechtvaardigde zorg over de tandheelkundige behandeling van 80–90% der Nederlandse bevolking.

Wij staan heden tussen het verleden en de toekomst. Voor een juiste positiebepaling kunnen wij er niet aan ontkomen om aan beide componenten onze aandacht te besteden.

Het blijft altijd een hachelijke onderneming zich te wagen aan voorspellingen ten aanzien van een toekomstige ontwikkeling, ook in de tandheelkunde en misschien juist in de tandheelkunde. Deze betrekkelijk jonge tak van wetenschap bevindt zich immers nog in de stormachtige ontwikkeling der puberteitsjaren.

Het is niet zeker dat de groei en de ontwikkeling van het verleden zich rechtlijnig naar de toekomst zullen voortzetten. Het is ook niet zeker dat thans geldende opvattingen – in statu nascendi – in de toekomst tot verdere ontwikkeling zullen komen. Ook niet, dat opvattingen over praktijk-uitoefening vanuit het heden op de toekomst geprojecteerd mogen worden. Iedere toekomstige ontwikkeling is geladen met onzekerheden. Dit alles neemt echter niet weg, dat wij heden tekortschieten wanneer wij aan morgen geen ernstige aandacht besteden. Het blijft een waagstuk maar wij komen er niet onder-

uit. Wij nemen het risico van dwalingen maar menen desondanks, dat er in dit heden voldoende aanwijzingen liggen welke een blik in de toekomst rechtvaardigen.

Het spreekt vanzelf dat er een duidelijk verband is tussen de tandheelkundige opleidingen aan onze universiteiten en de dagelijkse uitoefening van de praktijk omdat het overgrote deel van hen die de opleiding doorlopen zich uiteindelijk als praktizerend tandarts zullen vestigen. Het spreekt ook vanzelf, dat het onderwijs de bevordering der wetenschap op de voet zal volgen zodat tenslotte iedere vooruitgang in het tandheelkundige weten, denken en kunnen in de uitoefening der praktijk gerealiseerd zou moeten kunnen worden.

Het is nu al weer ongeveer 17 jaar geleden, dat de tandheelkundige opleiding in ons land met twee jaar werd verlengd. Daar zijn destijds gegronde redenen voor geweest en wij kunnen die motiveringen heden nog ten volle onderschrijven. Bij de steeds verder doorgevoerde specialisatie in de geneeskunde hebben wij thans een stadium bereikt waarbij in ons land bijna evenveel specialisten als huisartsen werkzaam zijn. Specialisten voor ieder deel van het menselijk lichaam, van het hoofd tot de voeten en van de huid tot de interne organen. Het zou onder deze omstandigheden gerechtvaardigd zijn geweest om voor het tand-kaakstelsel en alles wat daar organisch en functioneel verband mee houdt een medisch specialisme te creëren.

Het lijkt zelfs vreemd, dat dit niet is geschied. Volkomen terecht is men echter – uit zuiver praktische overwegingen – deze weg niet ingeslagen en heeft men een specifiek tandheelkundige opleiding geprefereerd. Maar dan met een zo breed mogelijke medisch-biologische basis.

Het is niet waarschijnlijk en ook nauwelijks denkbaar, dat men hiervan toen reeds alle consequenties heeft kunnen overzien. Dat is zelfs heden nog niet mogelijk hoewel er zich bepaalde ontwikkelingen beginnen af te tekenen. Consequenties van maatschappelijke aard, van sociaal-economische aard, natuurlijk consequenties van wetenschappelijke aard en ook van praktische betekenis.

Wij hebben met onze 6-jarige opleiding een omheining doorbroken, de omheining van een, tot in de perfectie doorgevoerd maar tevens beperkt, orgaanspecialisme. Ook de omheining van een hoog-opgevoerd technisch en mechanisch kennen en kunnen. Wij hebben de deuren opengezet voor meer medisch-biologische begrippen en ruimere inzichten. Wij hebben medisch-biologisch leren denken, meer en beter dan dit in het verleden mogelijk was. We hebben de horizon van ons denken in belangrijke mate verruimd.

Onze studenten zijn ingeschreven bij de faculteit der geneeskunde en hebben, na het afleggen van het doctoraal-examen, het recht verkregen om te promoveren tot doctor in de geneeskunde. Het is allemaal erg mooi en we kunnen er trots op zijn „dass wir's so herrlich weit gebracht haben”.

Erkend moet worden, dat onze nieuwe opleiding tot tandarts inderdaad reeds talloze winstpunten heeft opgeleverd ondanks het feit – en daar zijn

de tegenwoordige docenten ongetwijfeld allen van overtuigd – dat het na een 17-jarige ervaring met deze nieuwe studierichting gewenst is om er bepaalde facetten opnieuw van onder de loupe te nemen.

Eventuele wijzigingen in het studierooster zullen echter bepaald geen terugkeer naar een voorgaande opleiding inhouden. Eerder zal men er in stijgende mate rekening mee moeten houden, dat ook in de geneeskunde een ontwikkeling gaande is die zich afkeert van het ver-doorgevoerde orgaanspecialisme zoals dit vanuit de tweede helft van de vorige eeuw tot ons is gekomen.

Meer dan voorheen zal men de mens weer zien als een psycho-somatische eenheid hetgeen inhoudt, dat men bij iedere ziekte of afwijking in de microscopische of macroscopische bouw van een orgaan of van een deel van een orgaan, de gehele mens in zijn denken zal betrekken. Dat bij een nadere confrontatie met medisch-biologische begrippen en inzichten een dergelijke ontwikkelingsgang in het denken zich ook in de tandheelkunde zal voordoen, is vanzelfsprekend. Steeds duidelijker zal ook de tandarts ervan doordrongen zijn, dat hij inderdaad patiënten behandelt en niet meer kan volstaan met de behandeling en aanvulling van lokale defecten.

Onder dergelijke omstandigheden krijgt ook het begrip patiënt een diepere betekenis.

Iemand met een ernstig lichamelijk lijden die ten dode is opgeschreven, is een patiënt, maar iemand die overigens kerngezond is doch zich met een kleine occlusale fissurcaviteit naar zijn tandarts begeeft wordt eveneens patiënt genoemd.

Patiënt-zijn betekent ziek-zijn of althans een zodanige organische afwijking vertonen dat het algemeen welzijn erdoor verstoord wordt. In de geneeskunde is op vele manieren geprobeerd om tot een duidelijke en juiste omschrijving te komen van wat men onder een ziekte moet verstaan. HERXHEIMER,, LENZ e.a. denken hierbij in de eerste plaats aan de mogelijkheid van het voortbestaan van het organisme. Bij ziekte wordt de grens van het aanpassingsvermogen benaderd en wordt zelfs rekening gehouden met de mogelijkheid van ondergang. Het behoeft geen nader betoog, dat men in het raam van deze opvattingen iemand met een kleine fissuurcaviteit geen patiënt zou mogen noemen.

Een verruiming van het medisch-biologisch denken confronteert ons op een zodanige wijze met talloze ernstige ziekten en afwijkingen bij de mens – en ook bij het kind – dat de relatieve betekenis van een deel van ons dagelijks werk erdoor geaccentueerd dreigt te worden. Het zou dom en kortzichtig zijn om dit te ontkennen.

We moeten erkennen, dat een cariëspatiënt een andere patiënt is dan een carcinoompatiënt, óók dat iemand die een bril of steunzolen moet dragen een andere patiënt is dan degene die met een faciaalprothese wordt toegerust na een ingrijpende chirurgische behandeling. Dergelijke overwegingen behoeven echter geenszins minderwaardigheidsgevoelens ten aanzien van het tand-

heelkundig kennen en kunnen op te roepen. Het tegenovergestelde is, zoals wij nader zullen uiteenzetten, waar. Wèl is het duidelijk, dat de relatieve betekenis van het begrip patiënt ons in de tandheelkunde duidelijker voor ogen komt te staan.

De vele gradaties in het begrip patiënt dwingen ons steeds duidelijker in de richting van een differentiatie in de méér en minder belangrijke facetten in de uitoefening van ons beroep. Een beperkte concentratie op een deel van een orgaan leidt gemakkelijk tot een overwaardering van dit orgaan. Het leidt op een gevaarlijke en niet verantwoorde wijze tot de opvatting, dat zelfs een geringe afwijking in de anatomisch-morfologische bouw van dit orgaan-deel zonder meer als ziekte beschouwd moet worden hetgeen dan het gebruik van het begrip patiënt rechtvaardigt. Een dergelijke overwaardering leidt niet zelden tot een veronachtzaming van de mens als psychosomatische eenheid. Wij kunnen ons moeilijk aan de gedachte onttrekken, dat wij als tandartsen ook niet altijd vrij te pleiten zijn van deze overwaardering van bepaalde facetten uit het gebied dat onze speciale aandacht heeft en aan onze speciale zorg is toevertrouwd. In andere opzichten lijden wij bepaald aan een onderschatting van de betekenis van het orgaansysteem waar onze aandacht op gericht is. Het is niet gemakkelijk om een duidelijke scheidingslijn te trekken tussen wat belangrijk is en minder belangrijk. Maar het is wel zeker, dat bij het bepalen van deze lijn de algemeen-medische aspecten van ons werk de doorslag zullen moeten geven. Het is ook begrijpelijk, dat zich door onze studieverlenging een accentverplaatsing aankondigt in die zin, dat bepaalde facetten van ons werk zó belangrijk blijken te zijn, dat vroeger belangrijk geachte facetten erbij verbleken.

Verplaatsing van het tandheelkundig denken in de meer medisch biologische sfeer zal leiden tot een herwaardering van hetgeen belangrijk is te achten. Dit houdt tevens in dat handelingen, die vroeger het volle accent van belangrijkheid verkregen thans als technisch-mechanische handelingen naar een tweede plan worden verschoven.

Al dergelijke overwegingen spreken nog duidelijker aan, wanneer men in tijdnood verkeert, wanneer men over te weinig mankracht beschikt om het geheel der werkzaamheden, dat aan ons is toevertrouwd, op een wetenschappelijk verantwoorde wijze uit te voeren.

Ten aanzien van het hier genoemde tekort aan mankracht om aan de behoefte naar tandheelkundige hulp te voldoen schijnt nog steeds geen communis opinio te bestaan. Men goochelt met getallen waarmee men enerzijds aantoonst dat dit tekort onstellend is, anderzijds vasthoudt aan de gedachte, dat in de gegeven omstandigheden en bovendien rekening houdende met de resultaten van fluoridering van drinkwater binnen afzienbare tijd wel eens zou kunnen blijken, dat dit tekort niet of nauwelijks aanwezig is. Het valt buiten het raam van deze beschouwingen om hier thans dieper op in te gaan en een bepaald standpunt te verdedigen. Maar er moet wèl aan worden toegevoegd, dat bij al deze berekeningen verzuimd wordt er rekening mee te

houden, dat in de loop der laatste decennia het arbeidsterrein van de tandarts zich, juist in de medisch-biologische sector, belangrijk heeft uitgebreid. Wanneer wij hiervan enkele voorbeelden willen geven, dan moeten wij beginnen met vast te stellen, dat tengevolge van bovengenoemde accentverschuivingen tevens enkele nieuwe gezichtspunten naar voren zijn gekomen.

Er is een tijd geweest waarin ons technisch-mechanisch denken en handelen in hoofdzaak gericht was op het bereiken van de meest gunstige anatomisch-morfologische verhoudingen in ons tand-kaakstelsel.

Dat dit geen enkele denigrerende factor inhoudt ten aanzien van de tandheelkunde moge blijken uit het feit dat in die tijd ook de geneeskunde voor een groot deel technisch-mechanisch was ingesteld terwijl bovendien aan het functionele denken te weinig aandacht werd besteed.

Het meest duidelijke voorbeeld hiervan zien we in de ontwikkeling van de algemene orthopedie. Voor de Engelsman BIGG bestond de orthopedie alleen uit „de mechanische behandeling van deformiteiten, aandoeningen en defecten van het menselijke skelet”. In diezelfde tijd beperkte de aandacht van de orthopedist zich tot de behandeling van afwijkingen van morfologische aard. Later is men in deze tak van wetenschap gekomen tot de inschakeling van de functionele krachten waarover het lichaam zelf beschikt (functionele therapie) terwijl sedert het begin van deze eeuw een steeds grotere betekenis werd toegekend aan bewegingsstoornissen op functionele basis. Volgens HAGLUND houdt de orthopedie zich dan ook thans in hoofdzaak bezig met de „behandeling, voorkoming en bestudering van de blijvende stoornissen in de *prestatie* van het bewegingsapparaat”.

De anatomisch-morfologische doelstelling werd aldus vervangen door een fysiologische en functionele doelstelling.

Een overeenkomstige ontwikkeling is zich in de tandheelkunde aan het voltrekken. Hoewel natuurlijk ook vroeger bij het modelleren van vullingen, het ontwerpen van brugconstructies, de vervaardiging van prothesen en het reguleren van orthodontische afwijkingen met functionele activiteiten wel rekening werd gehouden traden zij als indicatie voor behandelingen minder op de voorgrond dan thans.

We zijn er meer dan vroeger van doordrongen, dat wij geen gebitselementen behandelen, maar patiënten en daardoor zijn wij er ook dieper van overtuigd, dat deze gebitselementen een belangrijk onderdeel vormen van een orgaan of orgaansysteem, waarbij afwijkende vormen gepaard gaan met afwijkende functies en als zodanig tot de ziekten gerekend moeten worden.

Wij citeren in dit verband een passage uit de oratie van Prof. NIEUWENHUYSE: „Wanneer wij met de studie van de vorm vooruit willen komen, zullen wij die steeds moeten combineren met een studie van de functie. Een eenzijdige studie van vormen is even onvolledig als een eenzijdige studie van functies.”

Wanneer dit functionele denken ook in de tandheelkunde naar voren dringt

dan is het begrijpelijk, dat ook ons gezichtsveld ten aanzien van noodzakelijk geachte behandelingen in belangrijke mate wordt verruimd.

Behoudens de – in verband met de aard van onze huidige voeding – misschien enigszins overtrokken betekenis van een optimale kauwfunctie met 32 gebitselementen in een ideale occlusie en interdigitatie, worden wij geconfronteerd met de inzet der spijsvertering, met gewrichtsklachten en de psychische achtergronden daarvan, met afwijkingen in de normale spraak- en slikgewoonten, met ademhalingsstoornissen of -afwijkingen tengevolge van onvoldoende lipsluiting, met recidiverende adenoïde vegetaties of/ en gevallen van otitis media.

We zijn er, meer dan in het verleden, van doordrongen, dat aan het gebit ook nog een patiënt vastzit, een patiënt met oorklachten. En we hebben ons, meer dan vroeger, gerealiseerd, dat het middenoor langs de tuba auditiva eigenlijk als een bijholte van de naso-farynx beschouwd moet worden. Een open lippartij met mondademhaling en uitdrogen van de slijmvliezen zal gepaard gaan met een verminderd aantal slikbewegingen waardoor de drainage van het middenoor verminderd wordt. Langs deze weg hebben wij verband gelegd tussen duimzuigen, open beet, onvoldoende lipsluiting, mondademhaling en otitis media.

Wij worden geconfronteerd met de psychische achtergronden van persistente gewoonten en doen belangrijk werk wanneer wij hierop de ouders van onze patiëntjes attenderen. Niet meer alleen omdat de hierdoor ontstane gebitsafwijkingen niet in overeenstemming zijn met ons anatomisch normbegrip maar wijl er een onjuiste functie der ademhalingsorganen uit voortkomt met recidiverende infecties van de bovenste luchtwegen.

En ook, omdat wij als tandartsen deze psychische onlustgevoelens constateren op een leeftijd waarop milieuverbeteringen preventief kunnen werken ten aanzien van – ook in dit opzicht – verouderde gevallen.

Wanneer overal in de geneeskunde aangedrongen wordt op samenwerking in team-verband, dan mag de tandarts zich niet meer terugtrekken binnen de omheining van een te beperkt orgaanspecialisme op technisch-mechanische en anatomisch-morfologische basis. Dan zal ook hij moeten samenwerken met kinderartsen, oor-, neus-, keelartsen, kinderpsychologen en -psychiaters, internisten, plastische chirurgen (schizispatiënten), kortom met allen die *patiënten* behandelen.

Dan zal het ogenblik zijn aangebroken, waarop hij zich zal durven distantiëren van eenvoudige technisch-mechanische handelingen die onder zijn leiding en toezicht verricht kunnen worden.

Nogmaals, wij hebben een omheining doorbroken en staan thans voor de consequenties. Ons medisch-biologisch denken is op gang gebracht en heeft ons doen inzien dat het bereiken van een optimale kauwfunctie slechts een onderdeel – en waarschijnlijk niet eens het belangrijkste onderdeel – is van het orgaansysteem waar onze aandacht op gericht is.

Wat deze consequenties betreft moeten wij thans terugkomen op de vraag

of het mogelijk zal zijn om een differentiatie te maken tussen belangrijke en minder belangrijke werkzaamheden in de uitoefening van ons beroep.

Wanneer wij ons dan andermaal richten op de toekomstige ontwikkeling van de tandheelkunde, dan dringt zich de vraag aan ons op, of het zo langzamerhand geen tijd wordt om minder belangrijke – waarmee bepaald niet gezegd is: *on*belangrijke – handelingen, die voor een groot deel in het technisch-mechanische vlak liggen te doen verrichten door daartoe speciaal opgeleide krachten. Met andere woorden, of het moment niet aangebroken is om tijd vrij te maken voor werkzaamheden die voortkomen uit functioneel denken en die als zodanig gericht zijn op de vele functies van het orgaansysteem waarvan de zorg voor een groot deel aan ons is toevertrouwd.

Eén van de belangrijkste consequenties van het feit dat onze tandheilkundige opleiding op een hoger plan is gebracht moet zijn, dat ook de uitoefening der praktijk tot een overeenkomstige hoogte opgetrokken moet worden. Dit betekent, dat wij ons zullen moeten distantiëren van handelingen die in een eenvoudig technisch-mechanisch vlak liggen teneinde tijd te winnen voor behandelingen die meer in overeenstemming zijn met de medische inzichten omtrent de vele functies die voortkomen uit of verband houden met het gecompliceerde orgaansysteem dat mede onze aandacht heeft.

oktober 1965

Utrecht, Jutfaseweg 7